REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 13 - NÚMERO 1 - 1998

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA

PRESIDENT: Josep Laporte i Salas
VICEPRESIDENT: Josep A. Salvà i Miquel
SECRETARI GENERAL: Jacint Corbella i Corbella
VICE-SECRETARI: Francesc Climent i Montoliu
SECRETARI D'ACTES: Alfons Gregorich i Serrat
TRESORER: Joaquim Tornos i Solano
BIBLIOTECARI: Josep M. Massons i Esplugas
VOCAL: Jordi Sans i Sabrafèn
ARXIVER: Josep Esteve i Soler
PRESIDENT D'HONOR: Moisès Broggi i Vallès

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

DIRECTOR: Màrius Foz i Sala
REDACTOR EN CAP: Nicolau Barquet i Esteve
SECRETARI DE REDACCIÓ: Ferran Nonell i Gregori
CONSELL EDITORIAL: Jacint Corbella i Corbella
Josep M. Dexeus i Trias de Bes
Rafael Esteve de Miguel
Joan Sabater i Tobella
Jordi Sans i Sabrafèn
Joaquim Tornos i Solano

REDACCIÓ: Ediciones Doyma, S.A. Travessera de Gràcia 17-21. 2on.
08021 Barcelona

Imprès per EDIM, S.C.C.L. • Dipòsit legal: B-29.160-98 • ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI VOL. 13 Núm. 1 GENER-ABRIL 1998

EDITORIALS

J. Laporte i Salas 1

M. Foz i Sala 3

COL·LOQUI: RESPONSABILITAT SANITÀRIA

Introducció
J. Corbella i Corbella 5

Alguns enfocaments nous en el tema de la responsabilitat sanitària
J. Corbella i Corbella 6

El punt de vista de la defensa dels afectats
A. Huertos i Ferrer 13

El punt de vista de l'usuari. Reflexions sobre un cas concret
A. González i Joseph 24

El peritatge en matèria de responsabilitat sanitària
M. Camps i Surroca 27

A tall de conclusions
J. Corbella i Corbella 35

DISCURS INAUGURAL

La salut a Catalunya al tombant del segle
J. Laporte i Salas 37

NECROLÒGIQUES

Antoni Llauradó i Tomàs
E. Sala i Patau 48

Bellarmí Rodríguez i Arias
M. Broggi i Vallès 50

Manuel Carreras i Roca
J.M. Dexeus i Trias de Bes 51

VIDA ACADÈMICA

Fundació Pere Virgili 52

Memòria de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. 1997
J. Corbella i Corbella 52

Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya 56

Editorial

La **Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya** fa més de dos-cents anys que malda per tal de contribuir a la salut i al benestar dels ciutadans del nostre país. Una institució que aplega un conjunt de professionals que, de manera significativa, han treballat o treballen en el camp de la sanitat no s'ha de limitar a ésser una mena de club més o menys exclusiu sinó que ha de posar els coneixements i l'experiència dels seus membres al servei del conjunt de la societat i, molt especialment, de les nostres autoritats polítiques, tot fent-los avinent quins són els problemes existents i proposant solucions adequades per tal de resoldre'ls.

En aquest sentit, l'actual Junta Directiva ha impulsat la celebració de reunions destinades a discutir temes sanitaris d'actualitat i així, des de fa uns anys, han tingut lloc una sèrie de col·loquis, coordinats sempre per un acadèmic numerari, en el curs dels quals han estat discutits temes tan importants com –entre d'altres– la problemàtica de les drogues, l'exercici de la Medicina, la responsabilitat mèdica, l'envelliment de la població, la importància de la prevenció o la nutrició. Sense deixar aquesta activitat (aquest curs, per exemple, s'ha celebrat un col·loqui sobre els medicaments genèrics i un altre sobre el diagnòstic precoç en psiquiatria), a proposta de la Junta, el Ple de l'Acadèmia acordà celebrar una reunió anual extraordinària en la qual es discuteixi, per tots els acadèmics, una ponència elaborada per un grup de companys que versi sobre algun dels temes més controvertits i que no estigui encara plenament resolt. La ponència d'enguany versa sobre *La formació en Medicina*. Amb aquesta iniciativa pretenem fer sentir la nostra veu col·lectiva sobre temes sanitaris d'interès general.

És evident que la celebració d'aquestes i d'altres activitats amb la màxima dignitat i eficàcia requereix unes disponibilitats econòmiques que, fins ara, no han estat a disposició de l'Acadèmia a través d'uns ingressos regulars. Determinades subvencions extraordinàries, procedentes del Departament de Sanitat, ens han permès publicar alguns dels col·loquis celebrats. Però, com és ben sabut, estem en una època en la qual les subvencions institucionals més aviat van a la baixa i per això ha estat creada la **Fundació Pere Virgili**, amb la finalitat d'aconseguir recursos suplementaris en benefici de la nostra institució. Val a dir que estem trobant una resposta molt positiva d'entitats diverses i, molt especialment, de la indústria farmacèutica del nostre país, fet que ens permetrà, entre altres coses, una més gran difusió de les nostres activitats. Per això la nostra revista, gràcies a un procés de professionalització, canvia d'aspecte amb aquest número. Voldria aprofitar aquestes línies per a regraciar el Consell de Redacció, encapçelat pel Professor F.G. Valdecasas que, aquests darrers anys, ha aconseguit gairebé miraculosament –atesos els migrats recursos disponibles– que la nostra Acadèmia tingués un òrgan d'expressió perfectamente vàlid tant en el seu contingut com en la seva presentació.

Al marge del manteniment i potenciació de les seves activitats científiques, la nostra institució té un greu problema. Em refereixo a la necessitat imperiosa de prosseguir el camí de les reformes i les obres de manteniment del nostre edifici, camí ja iniciat durant la presidència del doctor Moisès Broggi. La nostra magnífica seu requereix que es facin treballs costosos si volem que ens pugui continuar acollint dignament.

Tenim la confiança que la **Fundació Pere Virgili** ens podrà ajudar significativament i, altrament, estem duent a terme intenses gestions per tal de rebre ajuts extraordinaris de diverses institucions i entitats. En aquest sentit voldria, per acabar, demanar la col·laboració de tots els membres i amics de la **Reial Acadèmia de Medicina** per tal d'aconseguir que, ben aviat, la nostra magnífica seu, degudament remodelada, estigui en condicions d'hostatjar les nostres activitats en favor de la millora de la salut col·lectiva dels nostres conciutadans.

JOSEP LAPORTE I SALAS

Editorial

Amb aquest número de la "**Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya**" s'inicia una nova etapa de la publicació. Cal destacar i recordar en aquest moment l'excel·lent tasca duta a terme per l'anterior Consell de Redacció de la revista, sota la direcció del Professor Francisco García Valdecasas, que per raons d'edat va presentar la renúncia. Durant dotze anys la revista ha mantingut la seva presència puntualment amb una excel·lent qualitat d'edició i de continguts gràcies a la dedicació del Consell de Redacció, i molt en especial als constants esforços del Director i del Secretari de Redacció, Dr. Francisco Climent, que ha lluitat dia a dia per a mantenir l'excel·lent nivell i l'aparició puntual de la publicació malgrat les dificultats pressupostàries.

Els obligats canvis en l'equip de Redacció per la renúncia de l'anterior Consell junt a la del Director han coincidit amb canvis en el món de l'àmbit editorial de les publicacions biomèdiques i també en les activitats de la nostra institució, motiu que ha fet aconsellable que s'introdueixin algunes modificacions en aquesta nova etapa de la revista.

En el moment actual les activitats de la nostra Acadèmia són nombroses i de qualitat i interès elevats, de manera que els textos que originen aquestes sessions poden abastar amb escreix les pàgines de la nostra revista. Així, el contingut majoritari de la publicació serà el corresponent als col·loquis de l'Acadèmia, com el que publiquem en aquest número, coordinat pel nostre Secretari, Dr. Jacint Corbella, sobre un tema de tant interès com el de la "*Responsabilitat sanitària*". Altres discursos o conferències d'especial interès i qualitat presentats a la Reial Acadèmia seran seleccionats per l'equip de redacció per a ser publicades a la revista. Aquest primer número de la nova etapa s'enriqueix amb la publicació de l'excel·lent discurs inaugural del present curs acadèmic del nostre President, Josep Laporte, sobre un tema de tant interès general com "*La salut a Catalunya al tombant del segle*". Evidentment, a més, la informació detallada sobre les activitats realitzades i programades per la nostra Acadèmia ha de constituir sempre una part important del contingut de la nostra publicació.

Entre els canvis introduits en la revista, cal destacar l'adopció d'un nou format de grandària més habitual en l'àmbit de les revistes biomèdiques i la important decisió compartida per la Junta directiva i l'equip de redacció de publicar íntegrament la revista en català incloent-hi resums en castellà i en anglès. Creiem que aquesta és una decisió important que representarà una necessària aportació de la Reial Acadèmia de Medicina a l'indispensable esforç col·lectiu, institucional i personal, per a millorar la normalització lingüística al nostre país.

Una circumstància excel·lent que permetrà que la nostra revista en aquesta nova etapa tingui la màxima difusió des del moment d'aparició és que el contingut complet podrà ser consultat a través de la xarxa Internet. Gràcies a la iniciativa i l'entusiasme de tres companys acadèmics, Francesc Solé i Balcells, Carles Ballús i Josep M. Moragas, la Reial Acadèmia disposa d'una pàgina *web* a la xarxa, circumstància que permet als seus usuaris obtenir informació ràpidament sobre l'Acadèmia i les seves activitats, i a partir d'ara també del contingut de la revista.

La posada en marxa d'una nova etapa d'una revista biomèdica sempre representa una il·lusió compartida per un nou projecte, però al mateix temps constitueix un repte no sempre fàcil de complir. Cal dir, no obstant això, que en aquest cas la tasca del Director no serà gaire feixuga perquè comptarà amb l'eficient col·laboració del Redactor en Cap Nicolau Barquet i del Secretari de Redacció Ferran Nonell, i també del suport i de l'assessorament dels sis companys acadèmics que formen part del Consell Editorial.

Un aspecte especialment positiu de l'etapa de la revista que ara iniciem és que la publicació sigui editada per Edicions Doyma. Tots coneixem el prestigi i l'eficiència d'aquesta editorial en el camp de les publicacions biomèdiques. Des d'aquestes pàgines cal agrair al Sr. Javier Ruiz, Director Editorial de Doyma, els consells i el suport que ens ha donat en la posada en marxa d'aquesta nova etapa de la Revista.

Qualsevol mitjà de comunicació, i també les publicacions biomèdiques, precisa rebre suggeriments i crítiques. Estem segurs que també en aquest cas els lectors de la "**Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya**" contribuiran amb els seus comentaris a aconseguir que la publicació assoleixi tots els seus objectius de qualitat i d'interès en el menor temps possible.

Màrius Foz i Sala

Col·loqui: Responsabilitat sanitària

INTRODUCCIÓ

Les demandes per possible mala praxi són un tema que preocupa molt els metges. En els últims anys han crescut de manera clara. En un principi es tractava d'un fet poc freqüent que afectava una persona concreta, però eren situacions aïllades. Ara han passat a ser prou freqüents per a constituir un problema de tota la professió. Probablement, ni abans tot era tan bo ni ara és tot tan dolent. De fet, si es mira pel nombre de reclamacions, tampoc no són tantes, tenint en compte el nombre global d'actes sanitaris i el que passa en altres països. Però és un tema que preocupa.

Les persones que d'una o altra manera intervenen en aquests casos són ben diverses. D'una banda, els possibles perjudicats, és a dir els malalts o la seva família. D'altra, el metge o els sanitaris, que sovint són més d'un i alguna vegada d'estaments professionals diferents, tot i que per ara les reclamacions se centren en els metges. També afecten les institucions sanitàries, principalment els grans hospitals. Entremig hi ha els qui han de resoldre, els juristes, però també els qui han de pagar, els economistes, i encara els qui n'informen quan el cas té prou interès social, els mitjans de comunicació.

En aquest col·loqui d'avui –no és pas la primera vegada que l'Acadèmia tracta d'aquestes qüestions, sense esgotar, ni de bon tros, l'índex dels temes tractats–, hem buscat diferents punts de vista, que no són tots però ens semblen prou indicatius i que a vegades no se solen reunir. Altres vegades ja s'han expressat altres punts de vista.

En primer terme, hi ha una introducció, en què, al costat de la menció d'alguns punts clàssics del tema, es plantegen altres qüestions, com és el canvi progressiu d'escenari que passa del camp jurídic al camp econòmic. També s'assenyalen alguns punts conflictius, que no se solen tractar, com són la poca confiança en els resultats, lents i incerts, del judici, o l'ètica del peritatge a petició de les parts, que solen fer també metges, però a vegades amb discrepàncies excessives entre ells que cal analitzar.

Després es manifesten tres punts de vista diferents, el dels afectats, el dels advocats defensors i el del peritatge neutral que és el del metge forense.

Ha semblat interessant conèixer el punt de vista dels professionals del dret que intervenen en la defensa dels afectats. Hi ha un detall de la situació jurídica que aclareix en gran part perquè les coses van així i es fan propostes per a millorar la dinàmica del procediment. És evidentment el tema més tècnic, fora de la medicina, però cal que els metges coneguin bé aquests aspectes que els afecten molt com a col·lectivitat. L'exposició és a càrrec de la senyora Anna Huertos i Ferrer, membre de l'Associació Catalana per a la Seguretat Social.

El punt de vista de l'usuari s'ha pensat partint d'una casuística real i exposa, de manera breu però molt precisa, queixes sobre aspectes concrets sobre els quals cal meditar. Així, la pèrdua de la confiança, derivada en part del fet que va deixant d'haver-hi la figura del metge de capçalera, que era el qui tenia un tracte més directe i personal amb el malalt i la família. També el problema de la massificació, de les incoordinacions entre els diversos serveis que intervenen en el tractament d'un malalt; el retret, en part cert, de corporativisme professional, en aquest cas entre metges. L'exposició és a càrrec del senyor Artur González i Joseph, també membre de l'Associació Catalana per a la Seguretat Social.

El punt de vista del metge forense, que és el perit per naturalesa neutral, sense interessos per una o altra banda, és analitzat per un metge forense en actiu i amb prou experiència en aquests camps. Fa una introducció històrica que permet considerar el tema una mica al marge del neguit actual. Defineix clarament el que en diríem una marxa analítica, el tipus de documentació: anterior, coincident o posterior a l'activitat assistencial sobre la qual ha de peritar. Exposa una forma de treball sistematitzada, molt vàlida, fruit de la seva experiència. L'exposició és a càrrec del doctor Manuel Camps i Surroca, metge forense titular del Jutjat número 3 de Lleida i membre corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Jacint Corbella i Corbella
Coordinador del Col·loqui.

ALGUNS ENFOCAMENTS NOUS EN EL TEMA DE LA RESPONSABILITAT SANITÀRIA

Jacint Corbella i Corbella

ELS CANVIS EN L'ENFOCAMENT. QUATRE ESCENARIS EVOLUTIUS

L'estudi del tema de la responsabilitat sanitària té un interès genèric des de fa molts anys. Hi ha dades antigues i en el segle passat hi hagué un cert punt de preocupació col·lectiva entre els professionals, sobretot a França. Però els canvis importants, el creixement en activitat del tema, és del nostre temps. Ara observem, d'una banda, un creixement molt notable de la casuística i, d'altra banda, canvis importants en el seu enfocament.

Aquests canvis d'enfocament modifiquen en bona part la manera com s'estudia el tema. En principi, el punt principal era la responsabilitat per mala praxi, per una mala actuació. Ara el punt de vista pot ser més heterogeni, per exemple restituir per un dèficit tot i que no hi hagi hagut actuació negligent. Ara els aspectes socials tendeixen a substituir, de manera gairebé progressiva, el que inicialment només era un tema sanitari. Ha sortit en bona part del camp tècnic, per a passar al camp social, i aquí també hi ha enfocaments diferents.

Les demandes de responsabilitat en principi haurien de ser conseqüència d'un cas en què l'actuació del metge, o del sanitari, ha estat deficient, o sigui, quan hi ha hagut una mala praxi. Avui el tema es va desviant i pot ser bastant diferent. Les demandes es fan en funció del resultat negatiu, el que evidentment pot fer suposar una mala praxi. Però la realitat social és que el tema ha transcendit del camp estrictament mèdic per a passar a ser una qüestió freqüent de debat, gairebé diari, en algun o altre mitjà de comunicació.

Un camp que s'ha deixat perdre

En pocs anys hem vist un canvi, continuat i ràpid, de l'escenari on es discuteixen aquests temes. Al començament, el centre estava en les comissions deontològiques dels col·legis de metges, els quals solien actuar amb un grau de proteccionisme excessiu, que era equivocat i que a la llarga ha estat perjudicial per a la professió que volien defensar. S'ha tancat els ulls a una realitat que era evident, però que era encara poc freqüent.

Quan un malalt o els seus familiars presentaven una denúncia al col·legi de metges, gairebé mai no tirava endavant. Així, l'usuari ha anat perdent la confiança en la institució professional, que era excessivament parcial, per a resoldre els problemes de mala praxi. Això l'ha portat a recórrer a altres vies. En els hospitals ha passat el mateix i per moltes comissions que hi hagi, i vulguin maquillar el tema, tampoc no hi ha pràcticament sancions. Per a dir-ho més clarament: els estaments sanitaris han deixat escapar el problema de les seves mans perquè no l'han resolt. I avui ja queden llunyans, però sobretot antiquats, els escrits en què es deia que els únics que tenien capacitat per a resoldre una reclamació contra els metges eren els metges mateixos.

Una via massa lenta

El segon camí ha estat la via judicial. Aquesta en principi ha de ser neutra i no actua, per tant, en benefici d'una professió. Però tampoc no ha actuat amb gaire eficàcia. Potser massa sovint hi han arribat casos poc clars, o que no s'han sabut aclarir. Hi ha alguns punts que són propis d'aquesta via i que tenen una incidència negativa. Així, la duració massa llarga del procés, la incertesa del resultat final, les variacions del criteri en les diverses instàncies, el nombre baix de condemnes, entre altres factors, ha fet que els qui reclamen acabin cercant altres vies on es trobi una compensació, si més no econòmica, més immediata.

El camp econòmic

Així, de manera gradual però bastant ràpida, el tema ha passat al camp de l'economia, en bona part al de les companyies d'assegurances, que solen moure's per criteris de més eficàcia. En termes econòmics, que no de dret, sovint l'eficàcia no vol dir mantenir la raó sinó pagar en les millors condicions possibles per a les dues parts, és a dir arribar a un pacte. Aquest és un concepte útil en el camp del dret, important en la seva història: les esmenes ja són contemplades a la legislació medieval, àdhuc en els nostres *Usatges*. Però aquí s'hi arriba per una altra via. Ara un camp molt actiu en l'estudi de les demandes per responsabilitat sanitària és aquest.

L'increment de l'interès social

Junt amb això hi ha un quart escenari, el de la repercussió social. El tema de la mala praxi interessa els mitjants de comunicació. La imatge de la professió mèdica ha millorat en molts

aspectes, però s'ha deteriorat en d'altres. Ha millorat la imatge científica, però potser no podem dir el mateix de la imatge humana. Podem dir que avui la gent confia més en la ciència mèdica, potser no tant en alguns dels seus professionals i encara menys en la seva organització. Naturalment que la massa de població és molt àmplia i es poden trobar opinions molt diverses, fins i tot contradictòries, sobre un mateix punt, però la realitat és aquesta. Massa sovint trobem també problemes de tracte personal com a font inicial del conflicte.

Per aquestes raons ens sembla que no n'hi ha prou amb limitar els comentaris als aspectes tècnics, que continuen essent els més importants en una visió correcta del problema, sinó que s'ha d'enfocar també des del punt de vista de la seva realitat social. Això significa que el tema tendeix a sortir de l'àmbit sanitari, que per la seva naturalesa és el més proper i podria ser més objectiu, per a passar a l'àmbit jurídic, que hauria de ser el més imparcial, però que és lent i incert. Així ha anat passant a l'àmbit econòmic, que és més eficaç, i al periodístic, perquè la qüestió ha anat interessant més a tota la societat. Això vol dir que hi ha una diferència de criteris a l'hora de tractar d'un mateix tema.

És evident que es continua valorant l'actuació del metge, analitzant si ha estat correcta o no, si hi hagué negligència, si fou en definitiva una mala praxi. Però a més d'això, hi ha molts més aspectes. Comentaré molt breument alguns dels que són més clàssics i per tant coneguts, i n'analitzaré més extensament alguns de més nous, tot i que sense exhaurir el tema.

No és excepcional que els mitjans de comunicació, principalment la televisió, que té una gran capacitat de repercussió immediata, tractin d'aquests temes. Sovint els professionals sanitaris en surten malparats, tant si ho han fet bé com si el cas ha estat negatiu. A més a més, amb freqüència surt un fons d'agressivitat contra alguns professionals que pot desviar-se a la totalitat de la professió. Algunes vegades tenen raó i altres, no. Però el fet és que el tema ja ha sortir del camp científic i assistencial per a passar primer al jurídic i després a l'econòmic i el social.

Probablement el fet que no s'hagin pres a temps les mesures adequades, des del punt de vista dels hospitals i dels col·legis de metges, ha fet que les coses se'ls escapessin dels dits i anessin molt més enllà. Per tant, sembla oportú analitzar alguns aspectes en relació amb el tema i tractar-los sense eludir-ne el risc.

ELS NIVELLS DE RESPONSABILITAT

Un punt interessant, i que sovint queda obviat, és conèixer el nivell principal en què es troba la responsabilitat davant d'un cas de possible mala praxi. Les reclamacions se solen fer d'una manera molt concreta i afecten una persona determinada o diverses, si han estat més d'un els professionals que van intervenir en un acte sanitari concret. Les coses han anat canviant en els últims anys i junt a les reclamacions de caràcter individual també trobem les que afecten col·lectivament diversos sanitaris, per exemple, els membres d'un equip quirúrgic o d'una guàrdia.

La responsabilitat personal

Ara cal insistir en els diversos nivells de responsabilitat. Un és el de la mala praxi personal, ja sigui en el cas de l'actuació d'un sanitari únic, o més d'un si van intervenir en el fet diverses persones, però la reclamació afecta només persones concretes. Aquest seria el primer nivell de responsabilitat. Parlem de responsabilitat personal, sigui única o múltiple, individual o col·lectiva.

La responsabilitat institucional

Un segon nivell de responsabilitat afecta no tan sols les persones concretes sinó que l'errada radica principalment en el funcionament de la institució. És evident que la institució té els seus representants i els seus responsables, però el que cal assenyalar és que, tot i que pugui haver-hi una actuació correcta, dins dels costums habituals de la praxi d'un servei o de l'hospital, hi ha manques importants, diríem estructurals, que afecten principalment la institució.

Un exemple és el d'un servei de guàrdia que està dotat de manera insuficient, no tant per haver d'atendre un fet inesperat, com pot ser un accident col·lectiu, sinó per a la seva tasca habitual i diària. Seria el cas que no es disposés d'una unitat de reanimació o de vigilància intensiva en un hospital que, per la seva situació, atén una quantitat important de traumàtics de carretera.

Els mecanismes d'acreditació fan que es tendeixi a solucionar aquestes deficiències si es detecten i que el fet sigui menys freqüent que fa alguns anys. Un altre cas seria si no s'adopten les mesures adequades quan s'ha observat l'actuació deficient repetida d'algun professional. La llista d'exemples podria ser bastant llarga. Aquí plantegem només el fet que també cal tenir en compte el nivell de responsabilitat institucional.

La responsabilitat de les autoritats sanitàries

Un tercer nivell que aquí encara està bastant protegit és el de la responsabilitat de les autoritats sanitàries, o amb una altra denominació o competència, però clarament en el camp polític i de l'administració, a diversos nivells. Hi ha delictes que afecten la salut pública, per exemple, en els casos de contaminació del medi. Massa sovint les autoritats responsables, a la majoria de països perquè el tema és molt general, no adopten les mesures adequades, que tenen obligació de prendre, precisament pel càrrec que ocupen. La pròpia Constitució vigent aquí diu, de manera inequívoca, en el seu article 45: "Tots tenen dret a gaudir d'un medi ambient adequat (...) els poders

públics vetllaran per (...) defensar i restaurar el medi ambient". El text sembla prou clar.

Un altre punt més objectiu es troba en casos concrets de control de la qualitat i la salubritat dels aliments. Amb certa freqüència salten, fins i tot a la premsa diària, episodis repetits d'adulteració. Potser l'últim amb una certa persistència va ser el del clembuterol a la carn. Creiem que és molt greu, perquè sota la imatge d'etiquetes que garanteixen una certa qualitat hi ha, a més, la presència habitual no controlada de contaminants dels aliments, des de plaguicides organoclorats, que tots tenim en els nostres dipòsits, fins a antibiòtics o productes hormonals emprats en el bestiar.

Remarco aquests fets perquè formen part de la defensa de la salut pública, de les condicions que influeixen de manera ben directa en la vida dels ciutadans i que estan fora de les actuacions concretes dels metges i sanitaris amb funció assistencial. Aquí hi ha menys reclamacions, tot i que poden afectar de manera general grups molt més amplis de població. Aquest fet no substitueix el que hem dit en els punts anteriors, però no el podem oblidar. La idea és que el tema de la responsabilitat sanitària és molt més ampli que el de la simple responsabilitat del metge, que és només el primer nivell del problema, i que no pot servir per a tapar, emmascarar, o fer oblidar, els altres nivells

El risc conegut. El resultat incert

Aquest és un punt sobre el qual cal insistir. El progrés de les possibilitats terapèutiques es deu en bona part a la introducció de tècniques i actituds que, en un cert llenguatge, es consideren com a "agressives" i que comporten un grau de risc més alt. Un cas, que és difícil d'evitar en el seu conjunt, és l'increment de les infeccions intrahospitalàries, principalment en persones que porten catèters durant un temps llarg, o que estan sotmeses a tractament immunodepressor. Tècniques més actives que les expectants del passat sembla evident que tenen més possibilitats d'èxit, però també hi ha un risc. Aquest risc, s'ha decidit acceptar-lo de manera diríem habitual, però cal ser-ne conscients, perquè obliga a prendre les precaucions necessàries per a disminuir-lo.

Altres vegades se sap perfectament que una determinada tècnica terapèutica té una proporció molt alta d'eficàcia, però que en alguns casos, i a vegades en proporcions que cal considerar, pot tenir efectes negatius greus. Són fracassos coneguts i esperats, no en un cas concret, però sí en una valoració percentual. Fins i tot pot passar que fent les coses bé el malalt quedi pitjor que abans, per exemple, en una operació en què es posi una pròtesi de maluc. Són fets poc freqüents, però tampoc no excepcionals. Això vol dir que no sempre que hi ha un resultat clarament deficient hi ha al darrere una mala praxi.

El tema dels diversos tipus de mala praxi ja ha estat bastant comentat. Aquí resumiré només els conceptes principals. Es parla de mala praxi real quan les coses surten malament perquè s'han fet malament. És l'exemple clàssic de deixar-se unes pinces dins de la panxa en una operació d'apendicectomia. Altres vegades es tracta d'una mala praxi aparent. Les coses surten malament encara que s'hagin fet bé. Un exemple és una complicació hemorràgica en el tractament d'una trombosi, o el cas invers, malgrat una vigilància correcta i contínua de la coagulació. Aquí es planteja la necessitat de poder demostrar documentalment que s'ha actuat de manera correcta. La història clínica té una importància essencial. Una tercera forma és la doctrina del risc conegut. Les coses surten malament perquè ja era previsible que hi sortissin atès l'estat del malalt, per exemple en el cas d'una intervenció quirúrgica d'urgència per un traumatisme greu, en una persona amb un defecte important de coagulació o amb molt mal estat general previ.

LA INFORMACIÓ DEFICIENT

Pot semblar estrany que avui, quan la medicina és més eficaç en els seus resultats, hi hagi moltes més demandes de responsabilitat. Una clau per a entendre el problema pot ser comprovar que les reclamacions són precisament més freqüents en els països on el nivell tècnic de la medicina és més alt, en els quals es disposa de més mitjans, però també de més nivell econòmic.

Això pot induir a pensar que es reclama més on hi ha més possibilitats d'obtenir un benefici, o una indemnització econòmica. Probablement les coses deuen ser més complicades que aquesta visió tan esquemàtica. També hi ha el fet que la gent coneix més bé els seus drets, els exerceix, i està en més bones condicions per a detectar-ne la vulneració. Encara cal dir que la millora de la dotació tècnica porta una medicina més complexa, amb la intervenció de més persones, amb la disminució del contacte humà, el que se n'ha dit la "deshumanització de la medicina". A més, quan passen fets d'aquests, sovint es divulguen i actuen com un exemple per a altres casos, com a factor de difusió.

També hi ha explicacions menys "protectores" del metge. Un fet important és la manca d'informació. Aquest ens sembla un factor essencial en moltes reclamacions, junt amb un tracte humà a vegades deficient. La informació és un dels drets dels malalts i està indicada, de manera expressa, a la Llei General de Sanitat. Però el fet real és que molt sovint la informació que arriba al malalt o als seus familiars sol ser insuficient. En el cas d'una reclamació per possible mala praxi és important que hi hagi una informació detallada, continuada, personalitzada, sobre el risc que té la pròpia malaltia, i també del risc que tenen les tècniques de diagnòstic i el tractament. Ja s'ha apuntat que a vegades el resultat negatiu està plenament dins de les expectatives de l'evolució del malalt, que ja s'espera una reacció negativa als medicaments, i que en aquest cas la seva aparició no significa una mala praxi sinó un

risc conegut i, fins i tot, acceptat. Però el malalt, o la família, han d'estar suficientment informats.
També hem assenyalat que una medicina més eficaç sol ser més intervencionista i comporta més risc. Ja hem recordat el cas de les infeccions hospitalàries. Altra cosa és quan la proporció d'infeccions està molt per sobre dels estàndards acceptats pels hospitals del mateix nivell.

L'ENFOCAMENT ECONOMICISTA

A vegades sembla que el més important no és el mal que s'hagi pogut fer, o patir, sinó la indemnització. Així hi ha una certa tendència a la reparació d'un resultat negatiu, amb independència de quina hagi estat la causa d'aquest resultat deficient. No neguem que aquest enfocament pugui ser útil o vàlid des d'alguns punts de vista, principalment els de l'assegurança o de la solidaritat. Pot semblar correcte que el qui hagi patit algun mal tingui, si més no, una compensació. Dit així pot ser correcte, però el que no ho és que s'hagi d'aconseguir recorrent a la via penal. Si analitzem el tema amb detall veurem que al darrera d'aquest enfocament poden amagar-s'hi altres problemes. En comentarem algun sense que pensem que això n'exhaureixi la relació.
D'una banda la reparació s'obté després d'una reclamació, moltes vegades per via judicial. Això no deixa de representar una situació traumàtica per al professional que és objecte de la reclamació. No sempre se separa, sobretot en les conclusions de l'acusació, el que és indemnització del que és condemna. I sempre la solució arriba després d'un període molt llarg, en el qual hi ha una etapa excessiva d'incertesa.
Sembla doncs que cal diferenciar els aspectes penals, si n'hi ha, dels estrictament civils. Una cosa és la possible condemna i una altra la indemnització. Això tampoc ha de fer pensar que amb indemnitzar sempre n'hi ha prou. Una actuació deficient o amb negligència possiblement hagi de ser condemnada. En canvi, unes seqüeles greus, encara que l'actuació sigui correcta, a vegades mereixen alguna indemnització, tot i que no hi hagi d'haver cap condemna.
Es pot establir un cert paral·lelisme amb el que passa en el cas d'accidents de trànsit. En algunes formes d'assegurança els danys són indemnitzats –es fa la reparació del vehicle– encara que no hi hagi culpa de ningú i, fins i tot, amb un responsable desconegut, com pot ser el cas de danys en el temps d'aparcament. Aquí el problema és econòmic, sense repercussions penals. No és fàcil traslladar aquest model directament a les actuacions sanitàries, però és un fet que s'ha de tenir present.
En el cas de la sanitat, com que la reparació no és automàtica, es planteja la necessitat d'una reclamació, que pot evolucionar de manera molt diversa. A vegades sembla que quan ja s'ha aconseguit la indemnització, per via del pacte amb acord de les parts, l'aspecte penal queda oblidat i s'arriba, fins i tot, a retirar la denúncia. I això amb independència de si es va produir o no una mala praxi real.
De fet, es planteja el tema de la substitució de la valoració d'una mala praxi, que a vegades pot ser greu i considerada com una falta o delicte, per l'aplicació de criteris de reparació. En el fons s'escamoteja la valoració penal.
Ara no entrem en si les coses han de ser així o no. Només assenyalem que hi ha una certa confusió de situacions i que no sembla que tothom tingui interès a aclarir-ho sempre. En tot cas, això ha portat al creixement d'un camp de treball important, amb un moviment econòmic notable, des de l'increment de les primes d'assegurança a la dedicació professional de moltes persones que, responent a una necessitat social, han trobat aquí la seva especialització i treball.

LA DURADA MASSA LLARGA DEL PROCEDIMENT JUDICIAL

Aquest és un punt que s'ha comentat algunes vegades, però en el qual no se sol arribar al fons de la qüestió. Té molta importància però és valorat de manera molt diferent des del punt de vista dels juristes, dels afectats i dels que són objecte de la reclamació.
Sabem, i és un tòpic real, que l'administració de justícia té un ritme lent. Potser és bo des de molts punts de vista, però des d'altres no. El que havia de ser acceptat, i àdhuc considerat acceptable, fa cent o cinquanta anys, avui ja no ho és per una part important de la població. Fins i tot creiem que la majoria no tan sols no ho accepta sinó que ho critica obertament. No es pot justificar que un procés normal i corrent duri anys, si després es critiquen les llistes d'espera en els hospitals o els embussos de la circulació rodada.
Probablement la culpa no sigui del jutge que instrueix les diligències, tot i que alguna vegada sí. Però en tot cas hi ha d'haver algun responsable quan les coses no funcionen bé, sobretot si és de manera habitual. I cal saber que una bona part de la societat ja no està per tanta demora. Aquesta situació sol ser criticada i en tot cas no és cap elogi per a l'administració de justícia. Probablement cal pensar en una modificació del procediment que n'eviti l'alentiment.
Les conseqüències de la durada llarga dels processos judicials són molt diverses. Una de les més importants és la situació d'angoixa en què viu l'afectat que, en el cas dels metges, sovint és processat. El fet que temps més tard les tensions es calmin, les parts es posin d'acord, hi hagi una indemnització per via de pacte amb la companyia d'assegurances i es retiri la denúncia, no és una justificació vàlida del temps llarg d'angoixa, d'incertesa, de dificultat per a dormir, de necessitat de prendre sedants o de patologia psicosomàtica a vegades. I també s'arriba al pacte, cal dir-ho, perquè el qui fa la reclamació, encara que pensi que té raó, tampoc no es refia de quan i com acabarà l'assumpte.
El fet encara és més irritant quan al final la persona que ha estat objecte de la denúncia és absolta. Una absolució al cap de

tres anys de procés no deixa de ser una condemna real, perquè durant tot aquest temps l'afectat no ha treballat ni viscut a gust, sobretot si és una persona que ha actuat correctament i amb un grau elevat d'exigència moral. Això no ho indemnitza ningú, per ara, i potser aquest és el moment de dir que algú deu haver-hi que sigui responsable d'aquestes situacions.

L'estructura de l'administració de justícia no és responsable, evidentment, que una persona que hagi actuat correctament sigui objecte d'una reclamació. Però sí que ho és del fet que habitualment es tardi anys a dir-li que no té culpa i pot dormir tranquil.

Es pot dir que el procés és complex, i és veritat, però això avui sembla una mentida pietosa per a no informats. El que sembla clar és que el procediment està mal organitzat i que ja va essent temps que es canviï, que s'agiliti. Alguna vegada s'havia de dir i aquesta sembla una ocasió adequada. L'eficàcia de l'administració de justícia no rau només en el fet que les sentències siguin correctes en el seu contingut, sinó també en el fet que s'han de dictar dins d'un termini adequat.

Probablement cal modificar les normes del procediment i això és una tasca que pertoca més als legisladors que als propis jutges. Però també cal dir que algú ha d'indicar als legisladors quines són les deficiències que hi ha, les necessitats de modernitzar els procediments. Aquesta iniciativa sembla que l'han de prendre les persones que coneixen més bé els temes, que hi treballen cada dia. Ha arribat l'hora de modernitzar el procediment, d'alleugerir-lo o, si més no, d'explicar per què no es fa.

LES DIFERÈNCIES DE CRITERI O L'ERROR JUDICIAL

Fins aquí hem comentat el fet de la lentitud excessiva per a resoldre unes diligències, però acceptant que la solució sigui correcta.

Un altre punt és quan aquesta solució no és correcta, o no ho sembla. És un fet ben conegut, i que s'ha de mantenir, que la possibilitat d'un recurs de cassació, davant d'una instància superior, és una garantia per a totes les parts. El que potser ja no entén tant la gent és la freqüència amb què una sentència és modificada per un tribunal superior. Si una sentència és correcta el més normal, per a la gent no especialitzada, és que el segon tribunal la valori també com a correcta i no la modifiqui, si més no de manera substancial. El que costa més d'entendre és que el canvi de la sentència sigui un fet gens excepcional. I, a més, que al qui ha dictat la sentència que s'ha hagut de modificar, que vol dir que estava equivocada, ningú no li digui res.

Si la diferència només és de criteri això es pot admetre, però sembla evident que el processat no ha d'estar encara més temps amb un ai al cor. Quan el problema no és de criteri, sinó que és degut a un error clar del jutge, que tot és possible, encara que sigui excepcional, algun tipus de reparació hi ha d'haver. El que ja no sembla tan correcte és que alguns professionals quan s'equivoquen siguin objecte d'una reclamació i altres no. Possiblement la mateixa administració de justícia hauria d'establir alguns criteris per a corregir els seus errors o negligències, en el cas que es detectin. Si s'introdueixen criteris estadístics de funcionament sembla evident que alguna vegada pot passar, perquè no hi ha cap activitat que estigui exempta d'errors. Caldria cercar, en el cas que s'hagi actuat correctament, el mecanisme per a poder compensar l'afectat, sense castigar el qui, com a jutge, ha procedit correctament tot i que el seu criteri no s'hagi considerat després el més adequat en aquell cas. En cap activitat humana podem pensar que el nivell d'encert és del 100%.

LA DIFICULTAT PER A SABER REALMENT QUÈ VA PASSAR

És un punt en el qual poden haver-hi moltes dificultats. A vegades les coses són clares, per exemple, en el fet de la prescripció d'un medicament. Una recepta és un document objectiu. En el cas d'error de prescripció, de mala indicació d'una dosi, tenim una prova clara. Però les coses no són sempre tan senzilles. També si hi ha una demora important, una manca d'assistència, sigui perquè el metge no arribi o perquè el malalt estigui molta estona, hores, a la sala d'espera sense que l'atengui ningú. Fins aquí els fets objectius poden ser prou clars.

Però altres vegades les coses són més complexes i quan arriben al jutge hi ha un marge d'incertesa. Un exemple és la rapidesa amb què és atès un malat amb una parada cardiorespiratòria, ja dins d'un servei hospitalari. Pot ser difícil per al jutge esbrinar, conèixer la realitat, del que ha passat en la reanimació d'un malalt en un postoperatori. Fins i tot por haver-hi versions no concordants. Les explicacions sobre el temps que ha passat entre l'inici d'una situació greu, per exemple una hipòxia, i el seu tractament es basen únicament en les dades que ens proporcionen els mateixos sanitaris afectats, que per altra banda solen ser els únics que eren en el lloc dels fets.

A més a més, s'ha de considerar que els fets han passat en un moment concret, però que les declaracions dels inculpats o dels testimonis solen ser temps, a vegades molt temps, més tard. Es pot dir que hi ha una història clínica que ha de reflectir la realitat de l'assistència, però la informació que hi ha en aquest document no sempre és suficient per aclarir el que va passar.

Aquí assenyalem el tema, sense que sigui fàcil trobar-hi una solució, perquè moltes vegades les denúncies es presenten al cap de bastant temps, i en aquest cas no es pot donar la culpa de l'endarreriment a la lentitud del procediment.

LES DIFERÈNCIES EN ELS INFORMES. L'ÈTICA DEL PERITATGE

L'Administració de justícia se sol auxiliar, en temes complexos i especialitzats, per mitjà d'informes o peritatges que són emesos per persones que tenen una formació suficient en el

tema i, en el cas concret de les reclamacions sanitàries, per mitjà d'informes mèdics. El tema dels peritatges mèdics és prou complex, però ara en remarcarem només tres punts: els mitjans de què es disposa per a fer-los, la possible divergència entre els informes sobre un mateix cas i l'ètica del peritatge.

Aquest és un punt molt delicat, però alguna vegada s'ha de comentar. En el judici oral els informes es presenten assegurant que es diu la veritat. Això forma part de la simbologia judicial. En un informe escrit això no se sol dir, es dóna aparentment per acceptat. És molt difícil dir, de manera genèrica, que un informe no és exacte, no és cert; a més pot ser llag i tractar de molts punts. Una altra cosa és valorar-lo en termes estadístics, i en aquest cas no podem pensar, ni exigir, un encert en el 100% de casos. Cal admetre doncs la possibilitat d'error en el peritatge, com en qualsevol altra actuació. Que l'error sigui intencionat o no és difícil de dir, però tampoc no hem de pensar que la totalitat absoluta, el 100% d'errors, siguin purament "accidentals". En termes estadístics plantegem el problema, però no anem més enllà. Assenyalem que hi ha la possibilitat que un informe concret estigui equivocat i que això entra dins del marge de les actuacions i de la normalitat.

El punt més polèmic el trobem quan es comparen informes emesos per perits diferents sobre un mateix cas. A vegades la diferència és molt clara. Si no es maquilla, pot anar des de defensar els interessos d'una banda a defensar els de l'altra, que solen ser oposats, de la defensa a l'acusació. El que, a una part li sembla tot bé, a l'altra, li sembla tot malament. Els qui ja no som joves coneixem prou anècdotes perquè no se'ns pugui dir que a vegades les coses no són així.

Es dirà que un peritatge és una informació que dóna una persona, entesa en el tema, sobre matèries en les quals té un coneixement especialitzat. Però el peritatge de l'altra banda sol fer-ho un perit amb la mateixa formació. I el que sembla difícil és que peritatges diferents puguin donar versions, o interpretacions, contradictòries sobre fets que són objectius. Aquí es planteja un punt que és clau, el de la subjectivitat dels peritatges.

Des del punt de vista jurídic sembla correcte que cada persona actuï segons el seu propi criteri, el que en la terminologia clàssica es deia "según su leal saber y entender". No hi ha res en contra d'això, i ha de seguir essent així. El que es tracta és que aquest saber sigui real en tots els casos, que el perit pugui justificar els coneixements especialitzats en la matèria concreta de què es tracti, que aquests coneixements estan actualitzats i que ha disposat dels mitjants tècnics suficients i necessaris per a emetre el seu informe.

Mantenir un nivell adequat de coneixements en el camp de la medicina exigeix un estudi continuat, un reciclatge, una actualització; però també disposar dels mitjans suficients. Les coses han anat millorant, però potser no del tot, perquè el progrés de la tècnica és més ràpid que les bones intencions dels qui regeixen les administracions. Cal doncs tenir pressupost per actualitzar els mitjans, el que es veu més clar en els casos difícils. I també cal l'actualització, el reciclatge, dels especialistes, cosa en la qual per ara s'ha fet poc. Aquest, aclarim-ho, no és un tema propi de l'administració de justícia, que pot recórrer als especialistes que hi ha, sinó de l'administració sanitària, que no exigeix reciclatge ni formació continuada.

I ara arribem al punt més delicat, però que no n'hi ha prou que es comenti només *soto voce*. En alguns casos les dades són totalment objectives, per exemple, en els resultats d'una anàlisi de tòxics o en els nivells d'alcohol a la sang. També en el cas d'imatges radiològiques, d'un electroencefalograma, o un escànner. I així en tantes coses: les dades són neutres, el seu valor depèn de la interpretació que se'n faci.

Ja hem dit que les interpretacions són subjectives, però alguna cosa passa, que s'hauria d'explicar, quan les diferències de criteri són massa grans entre un perit i un altre. Alguna cosa falla si això es produeix massa sovint. Cal assenyalar que el mateix sistema facilita aquestes situacions. Cada part pot proposar els seus propis perits, que habitualment solen ser acceptats. Però sembla evident que no els portarà si el seu informe és clarament negatiu, si li és desfavorable. En aquest cas potser renunciarien a la prova. El que es tracta és de tenir informes que es puguin interpretar de manera favorable. I en el cas de la part contrària passa el mateix. El sistema doncs afavoreix aquesta contradicció.

Això pot tenir conseqüències negatives i el sistema no preveu la manera d'evitar-les. Que hi hagi una diferència de criteri o d'interpretació no és negatiu. Però quan aquestes discrepàncies es donen de manera repetitiva, excessiva, podem pensar que hi ha algun factor extern que condiciona el contingut de l'informe o la valoració que se'n faci. Aquest és un punt que aquí, ara en veu alta, planteja una necessitat de reflexió, perquè en veu baixa ja se'n parla prou, sobre l'ètica dels peritatges.

El fet condiciona la credibilitat del peritatge i no és bo que, perquè una minoria sigui poc clara i es beneficii de la situació, s'hagi de veure afectada la credibilitat de la majoria. En tot cas creiem que no sobraria que, quan es detectin discrepàncies excessives entre diversos informes sobre un mateix tema s'analitzés el fet. Probablement, si això es fes amb certa freqüència, aquestes discordances disminuirien.

CONCLUSIÓ

S'ha analitzat el tema de la responsabilitat sanitària des d'un punt de vista molt diferent del punt de vista des del qual ho vaig fer en el discurs d'ingrés en aquesta mateixa Acadèmia l'any 1985. En aquests anys el tema ha evolucionat molt. Aleshores el tema estava centrat a assenyalar els diversos tipus de mala praxi i els nivells de responsabilitat. Érem en un camp més tècnic. Avui allò continua essent veritat i en bona part encara no es valora prou. Però ara m'ha semblat més correcte valorar altres punts de vista, els relacionats més amb problemes socials que científics.

D'una banda, hi ha un pas que ha estat perillós, un salt cap a un enfocament excessivament economicista, que ha fet que

la gent reclami per diners i s'oblidi de la valoració de la veritable mala praxi que, en una o altra proporció, continua existint. Diríem que l'estudi de la mala praxi, amb el revestiment jurídic que sigui, ha canviat el seu centre de gravetat. Primer era en els enfocaments de les facultats de medicina i de dret (ètica i responsabilitat). Ara ha passat més als de les de ciències econòmiques, amb una bona participació dels de les de ciències de la informació (indemnització i difusió social).
D'altra banda, cal assenyalar també els temes que estan més relacionats amb un funcionament insuficient de l'administració de justícia, de la lentitud del procediment a les sentències contradictòries en els diversos nivells.
També el contingut del mateix peritatge: la manca de mitjans, la necessitat d'actualització de coneixements, les diferències excessives entre els diversos informes, l'ètica del peritatge. Queden encara més coses, però aquestes són les que m'han semblat més adequades per a l'enfocament d'avui.

ALGUNS ENFOCAMENTS NOUS EN EL TEMA DE LA RESPONSABILITAT SANITÀRIA

El tractament de la responsabilitat sanitària ha sofert una ràpida evolució en els últims anys. Des d'aspectes de tipus merament tècnic, centrats en la mala praxi i en els diferents nivells de responsabilitat, s'ha passat a un enfocament excessivament economicista: es reclama una indemnització i es deixa en segon lloc la valoració de la veritable mala praxi. La lentitud de la via judicial, el major protagonisme de les companyies asseguradores, les dificultats per a dur a terme un peritatge neutre i objectiu, i l'increment de l'interès social del tema, potenciat pels mitjants de comunicació, són elements que, tanmateix, han contribuït al canvi d'enfocament del tema de la responsabilitat sanitària. La informació insuficient sobre la naturalesa de la mateixa malaltia o sobre els riscs de determinades intervencions diagnòstiques o terapèutiques és un factor que pot afavorir l'increment del nombre de reclamacions.

ALGUNOS ENFOQUES NUEVOS EN EL TEMA DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA

El tratamiento de la responsabilidad sanitaria ha sufrido una rápida evolución en los últimos años. Desde aspectos de tipo meramente técnico, centrados en la mala praxis y en los distintos niveles de responsabilidad, se ha pasado a un enfoque excesivamente economicista: se reclama una indemnización y se deja en segundo lugar la valoración de la verdadera mala praxis. La lentitud de la vía judicial, el mayor protagonismo de las compañías aseguradoras, las dificultades para efectuar un peritaje neutro y objetivo y el incremento del interés social del tema, potenciado por los medios de comunicación son elementos que, asimismo, han contribuido al cambio en el enfoque del tema de la responsabilidad sanitaria. La información insuficiente sobre la naturaleza de la propia enfermedad o sobre los riesgos de determinadas intervenciones diagnósticas o terapéuticas es un factor que puede favorecer el incremento en el número de reclamaciones.

NEW FOCUS ON MEDICAL LIABILITY

The handling of medical liability has changed rapidly in recent years. From a focus on merely technical matters –centered on malpractice and varying degrees of responsability– we have moved toward an excessively economic model in which compensation is claimed but the true assessment of malpractice is left in the backgroud. Judicial torpor, the greater role of insurance companies, the difficulty of providing neutral and objective expert opinions, and growing public interest led by media coverage are all factors that have helped focus attention on the question of medical liability. Inadequate patient information on the nature of his or her disease or on the risks involved in certain diagnostic or therapeutic procedures are factors that can lead to rising numbers of lawsuits.

EL PUNT DE VISTA DE LA DEFENSA DELS AFECTATS

Anna Huertos i Ferrer*

Entenem per praxi la pràctica d'una professió i, més en concret, en medicina, pràctica de la Medicina. En l'àmbit en què avui ens pertoca parlar, per mala praxi mèdica entendríem la manca d'una adequada atenció mèdica, previsible i evitable, que produeix un dany irreparable al pacient. En queda exclòs, doncs, l'error de diagnòstic, sempre que s'hagi obrat correctament, amb la diligència deguda.

L'article 43 de la Constitució Espanyola recull el dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària. Apareix configurat com un dret que obliga no a l'obtenció directa de determinades prestacions sinó al fet que els poders públics actuïn en un sentit determinat. Per tant, derivat d'aquest dret, o com a conseqüència seva, apareix el problema de la responsabilitat en què podem incórrer els metges i les institucions on presten els seus serveis, en relació amb els danys que es poden ocasionar als seus pacients com a conseqüència de les seves actuacions (o omissions).

No es tracta, però, d'un tema nou. Pensem que és precisament la professió mèdica la primera a elaborar codis i normes deontològiques, tot i que és des de fa un temps que el problema de la responsabilitat mèdica ha sofert un increment, a causa també, en part, de l'augment de la responsabilitat civil en general. Però una major sensibilitat social, una preocupació creixent dels ciutadans, ha fet que l'opinió pública se n'hagi fet més ressò i constantment en sentim a parlar, a tots els mitjans (malgrat que no haguem arribat al nivell dels Estats Units). Com a causes d'aquest major protagonisme de la responsabilitat dels metges i de les institucions sanitàries podríem assenyalar, d'una banda, els avenços de la medicina (avenços tecnològics que si bé tenen efectes clarament beneficiosos, també comporten un major risc) i, de l'altra, un canvi cultural de la societat, que està cada vegada més convençuda dels seus drets i, per tant, exigeix qualitat i eficàcia i, quan no es donen, sap també reclamar, i té el suficient coneixement per fer-ho davant una actuació negligent.

Malgrat aquesta última observació, la gran majoria de persones afectades per casos de mala praxi són treballadors, generalment persones amb escassos recursos econòmics, i això ens planteja el problema de la manca de possibilitats o, si més no, la dificultat per a poder dur a terme reclamacions correctes, amb atenció de bons professionals (advocats i perits).

Hem d'assenyalar també que ens podem trobar davant de diferents supòsits: la mala pràctica professional, el mal funcionament del sistema, danys no relacionats amb l'actuació sanitària però produïts amb ocasió d'aquesta i els efectes secundaris.

I, per tant, tenim diverses vies a través de les quals es pot dur a terme una reclamació: la via civil, la via penal, la via social i la via administrativa.

La via normal i més freqüent de reclamació de responsabilitat és la de la jurisdicció ordinària, davant dels tribunals penals quan hi ha indicis d'haver-se comès un delicte o falta, i davant els civils quan es tracti de reclamar el rescabalament de danys ocasionats en virtut d'un contracte o per responsabilitat extracontractual. En el supòsit de la jurisdicció civil, com que no hi ha un procediment especial per al tema de la responsabilitat, haurem d'anar al judici declaratiu que correspongui segons la quantia del plet, tal i com disposa la Llei d'enjudiciament civil (i, si aquesta quantia és difícilment determinable, pel judici de menor quantia).

Quan l'acte mèdic sigui constitutiu de delicte o falta, serà competent per al seu coneixement la jurisdicció ordinària penal, molt especialment en els delictes o faltes d'imprudència.

També hi ha la possibilitat que la jurisdicció social, és a dir els jutjats socials, conegui reclamacions derivades d'assistència sanitària, ja que és competent per a resoldre plets en matèria de Seguretat Social, en la mesura que aquesta assistència forma part de la seva acció protectora. En aquest supòsit caldrà demandar directament la Seguretat Social, però no personalment el metge. Aquesta via sembla molt adequada i menys traumàtica, tal i com exposarem, però tampoc no exempta de problemes.

Finalment, pel que fa a la via administrativa, la possibilitat que la jurisdicció contenciosa administrativa conegui assumptes relatius a la responsabilitat derivada de l'assistència sanitària l'hem de restringir al supòsit que el dany s'hagi produït en un establiment sanitari que depengui de l'Administració Pública i, evidentment, en queda exclòs el metge. Actualment, la Llei preveu aquesta via per a la responsabilitat patrimonial de les entitats públiques pels danys i perjudicis ocasionats per o amb ocasió de l'assistència sanitària. N'analitzarem també els problemes.

Veurem, doncs, cadascuna d'aquestes vies per separat.

LA VIA PENAL

És el que coneixem com a imprudència punible, tot i que, dins aquest concepte, tenim diferents graus: temerària (forma

*Advocada. Associació Catalana per a la Seguretat Social

agreujada d'impericia professional) i imprudència simple (amb infracció de reglaments o sense infracció de reglaments).
El principal problema en aquest àmbit és que tot ha de quedar demostrat clarament: que la imprudència ha de venir avalada per proves i fets materials palpables, susceptibles de comprovació directa, certa i no sospitosa.
La majoria de vegades comença el procés per querella o denúncia dels perjudicats o dels parents legitimats.
La Llei Orgànica 3/89 va convertir en falta la imprudència simple amb infracció de reglaments, que en el cas d'haver-hi dol, constituiria delicte, amb la qual cosa només resta com a delictiva la imprudència temerària i la seva forma agreujada de negligència professional. Per tant, una gran part queda exclosa de la cassació al Tribunal Suprem, la qual cosa pot donar lloc a resolucions molt contradictòries de les audiències provincials.
Concepte d'imprudència i classes, art. 565 i 586 bis CP
A) constitutives de delicte (art. 565 CP): 1r) la imprudència catastròfica: quan el mal causat fos d'extrema gravetat; 2n) la imprudència professional: com a conseqüència d'una impericia o negligència professional, i 3r) la imprudència temerària: quan no es prenen les precaucions mínimes exigibles a qualsevol persona.
B) constitutives de falta (art. 586 bis CP): 1r) imprudència simple amb infracció de reglaments: infracció reglamentària acompanyada d'imprudència, i 2n) imprudència simple sense infracció de reglaments.
En general, però, parlarem de tres classes: la imprudència temerària, la simple antireglamentària i la simple merament.
La diferència és principalment quantitativa i la intensitat ha de buscar-se mitjançant un criteri que conjugui la manca de cura en l'obrar, la major o menor previsibilitat i la classe de repulsa social per la naturalesa del deure que s'infringeix.
Cal destacar que la imprudència constitutiva de falta és perseguible només prèvia denúncia de l'ofès.
En qualsevol cas, tant si parlem d'imprudència temerària com simple, amb o sense infracció de reglaments, cal acreditar els elements següents: 1) resultat danyós per a les persones (mort o lesions); 2) imprudència o negligència punible, i 3) relació de causalitat entre ambdues.
Si això s'acredita, comporta la condemna, la imposició de penes i altres conseqüències com la indemnització de danys i perjudicis causats, a part de les costes processals.
Per tant, hem de distingir les diferents fases: el procés, la pena, la indemnització i les costes processals.

El procés

Varia segons som davant un delicte o una falta. Si es tracta d'un delicte, el procediment a seguir també vindrà determinat per la quantia de la pena que es pugui imposar.
Normalment començarà per una querella o denúncia dels interessats i, normalment, s'estimen com a imprudència temerària inicialment, encara que després passin a falta. Presentada la querella o denúncia, el jutge instructor pot arxivar directament el cas, passar-ho a falta, o bé entendre que és delicte. Si és delicte, serà el procediment oral, ja que la imprudència temerària es sanciona amb presó menor (de 6 mesos i 1 dia a 6 anys) i la impericia professional determina només l'aplicació del grau màxim. Només la imprudència catastròfica pot elevar la pena a judici del tribunal en un o dos graus i, per tant, es pot aplicar la pena de reclusió menor, que faria que no s'apliqués el procediment abreujat (a la pràctica, però, mai s'ha estimat una imprudència catastròfica). Així, doncs, el procés serà el del Títol III del Llibre IV de la Lecr. i, per tant, en coneixeran els jutjats penals.
Podem dividir el procés en tres etapes. Una primera fase seria la de caràcter d'instrucció, que es portarà a terme pel jutjat d'instrucció, competent territorialment segons les normes. De la segona etapa en diríem de coneixement i decisió, és a dir el que seria el judici oral pròpiament dit, i que és competència del jutjat penal. Finalment, la tercera etapa seria la de la possible apel·lació de la sentència dictada davant l'audiència provincial corresponent. Aquesta apel·lació seria l'última instància ordinària i, per tant, com s'ha dit, comporta una diversitat de criteris segons les diferents audiències provincials. Hem de dir, però, que des del nostre punt de vista la fase més important seria la primera, la d'instrucció, ja que el judici que es pugui celebrar depèn molt del fet que hi hagi hagut una bona instrucció prèvia.
Si es tracta d'una falta, el procediment se segueix davant el jutjat d'instrucció, que és qui tramita l'expedient, i coneix i jutja. La seva decisió és apel·lable davant l'audiència provincial.

La pena

Si som davant un delicte, hem dit que la pena era de presó menor (de 6 mesos i 1 dia a 6 anys). No obstant això, el Tribunal pot procedir com vulgui, no s'ha de subjectar a les regles de l'article 61 CP sobre agreujants i atenuants, o la compensació de circumstàncies que s'aplica per delictes dolosos. Teòricament el Tribunal pot imposar el grau màxim, però en aquests supòsits la benignitat acostuma a presidir les decisions judicials, ja que les faltes comeses no acostumen a ésser intencionals i, per tant, és de suposar que s'imposa el grau mínim, i a més procurant que la pena no sigui superior a un any, i així es pot gaudir de la llibertat condicional i no cal ingressar a la presó. El normal i previsible, doncs, serà que el metge o sanitari de què es tracti no ingressi a la presó per al compliment de la pena. Aquesta pena comporta també l'accessòria de suspensió de tot càrrec públic, professió, ofici i dret de sufragi durant el temps de la condemna. Si la condemna fos per imprudència temerària, per impericia o negligència professional, aleshores la pena seria igualment de presó menor, però en el grau màxim (és a dir de 4 anys, 2 mesos i 1 dia a 6 anys) i, per tant, no abasta la condicional i comporta també la suspensió (l'accessòria).

Si es tracta de faltes, hem de distingir entre la simple imprudència amb infracció de reglaments (arrest menor, és a dir de 1 a 30 dies i multa), i sense infracció de reglaments (arrest menor d'1 a 15 dies o multa).

La indemnització

Normalment s'exercita conjuntament l'acció penal i la civil, en el mateix procés penal (tot i que el perjudicat hi pot renunciar, o reservar-la per executar-la després en un procés civil). La responsabilitat civil derivada de delicte comprèn: 1) la restitució; 2) la reparació del dany causat, i 3) la indemnització de perjudicis (ordre preferencial i excloent).
Generalment, tractant-se de culpa mèdica, no serà possible la restitució, però sí que és possible la reparació del dany causat (per exemple, que el metge hagi d'abonar una operació realitzada per un cirurgià per a recuperar el moviment d'un membre a causa de la seva actuació negligent). La indemnització de perjudicis engloba tant els materials com els morals, i tan pel que fa a l'agreujat, la seva família o un tercer. A més de la responsabilitat civil derivada directa de l'il·lícit penal del responsable criminal, hi ha la responsabilitat subsidiària dels organismes, dels establiments sanitaris o de les corporacions que operin com a empresa i que poden ésser civilment responsables.

Les costes processals

La condemna penal comporta normalment la condemna a costes, és a dir, els honoraris acreditats per advocats i perits, però a vegades els tribunals no inclouen les costes de l'acusació particular. És un dels principals problemes per a la gent de pocs recursos a l'hora de tirar endavant una reclamació d'aquest tipus, tot i que en l'àmbit civil acostuma a ésser molt més important.
A mode de conclusió (pel que fa a la via penal), hem de dir que, a la pràctica, atesa la imprecisa frontera que hi ha entre els límits de les diverses classes d'imprudència, es fa molt difícil separar la imprudència temerària de la simple, tot i que des de l'any 1989, la reforma, que redueix a delicte només la imprudència temerària i la seva forma agreujada d'imprudència professional o negligència, comporta un clar avantatge per a les actuacions mèdiques i quirúrgiques. Hem de destacar així mateix el to de benignitat que acostuma a presidir les resolucions judicials, amb condemnes petites en els supòsits de delicte i d'imprudència temerària.
Finalment, voldríem fer un petit repàs de la doctrina del Tribunal Suprem sobre la imprudència sanitària, que podria resumir-se en els següents punts: 1) no s'incrimina l'error científic, ni els errors de diagnòstic, excepte que, per la seva dimensió qualitativa o quantitativa, l'equivocació sigui inexcusable, per ésser d'extrema gravetat; 2) tampoc no s'incrimina la manca d'extraordinària pericia o qualificada especialització, però sí que se sanciona quan l'equivocació sigui inexcusable o hi hagi un desconeixement molt important; 3) la culpabilitat radica en el fet que el facultatiu va poder evitar el comportament causant del resultat lesiu; 4) es sancionen comportaments de no assistència i d'abandonament i manca d'atenció i continuats, i incompliments reiterats d'elementals deures mèdics; 5) en les intervencions dutes a terme "a vida o mort", pot ésser disculpable la manca d'èxit d'aquesta intervenció i també la no adopció de moltes cauteles que es prendrien en una intervenció prèviament programada o no urgent; 6) no es pot generalitzar i cal per tant examinar individualment el cas concret de què es tracti; 7) la imprudència temerària inclou el diagnòstic greument equivocat, l'omissió de determinades cauteles facultatives o la defectuosa execució d'un acte mèdic, i 8) referència a la *lex artis* com a tècnica correcta o com a aquells principis essencials que tendeixen al seu normal desenvolupament. Cal distingir entre error tècnic i infracció de *lex artis*, ja que és possible l'existència d'una errada tècnica sense que s'hagi violat paral·lelament el deure d'atenció i de cura. La manca de tècnica o l'error no entranyen per si mateixos, culpa.

Breu referència a la reforma del Codi Penal

El nou Codi Penal, pel que fa a la imprudència mèdica, redueix les penes de presó, però tanmateix augmenta força les penes d'inhabilitació, és a dir suspensió per a l'exercici de la professió. En aquest sentit és de destacar que abans la inhabilitació només era pel temps de condemna a presó, però amb el nou Codi està previst que s'imposi per un temps més llarg que la durada de la condemna a presó, fins i tot amb independència de la presó. La reducció de penes de presó, doncs, es "compensa" amb l'augment de les penes d'inhabilitació, la qual cosa entenem que pot ésser positiva i s'adequa més al sentit que té una sanció penal, ja que evita que es torni a cometre el delicte, més que no pas el fet d'imposar una privació de llibertat.
Les imprudències sanitàries, en el nou Codi, queden configurades per mitjà dels següents delictes i faltes: homicidi per imprudència professional greu (delicte, art. 142); homicidi per imprudència professional lleu (falta, art. 621); lesions per imprudència greu, que són delicte o falta segons la gravetat del dany, i lesions per imprudència lleu, que són falta que queda impune; d'haver-se comès amb dol, constituïria delicte.
La diferència entre delicte i falta es troba en el fet que la pena per a la falta és menor que per al delicte, i el fet que en la falta requereix denúncia prèvia de l'ofès o del seu representant.
A més, s'introdueix un nou delicte, el de lesions al fetus. La provocació dolosa de danys, malalties o tares comporta d'1 a 4 anys de presó, i la inhabilitació professional de 2 a 8 anys. Si les lesions són degudes a imprudència mèdica, la pena serà d'arrest de 7 a 24 caps de setmana i, si s'aprecia una manca de pericia greu, s'imposarà la inhabilitació professional durant un període de 6 mesos a 2 anys.

També, respecte al tradicional delicte d'omissió del deure de socors, s'afegeix una redacció específica per a professionals sanitaris, que si bé no comporta presó (multa) sí que comporta una pena d'inhabilitació de 6 mesos a 3 anys i, a més, el veredicte depèn del jurat, institució que fins ara no intervenia.
En definitiva, els articles del nou Codi que afecten aquesta temàtica són els següents:

Delictes:
Art. 142. Homicidi comès per imprudència professional: la pena és de presó d'1 a 4 anys i, a més, inhabilitació especial per a l'exercici de la professió, ofici o càrrec per un període de 3 a 6 anys.
Art. 146. Avortament per imprudència professional; arrest de 12 a 24 caps de setmana i inhabilitació per un període d'1 a 3 anys.
Art. 152. Lesions per imprudència professional (lesions en el sentit dels art. 147 al 150), la pena va des d'arrest de 7 caps de setmana a 3 anys de presó i inhabilitació per un període d'1 a 4 anys.
Art. 158. Lesió, malaltia greu o tara física o psíquica greu al fetus per imprudència professional; la pena és de 7 a 24 caps de setmana i inhabilitació de 6 mesos a 2 anys.

Faltes:
Art. 621. Lesions per imprudència greu; multa d'1 a 2 mesos.
Mort per imprudència lleu; multa d'1 a 2 mesos.
Lesió constitutiva de delicte per imprudència lleu; multa de 15 a 30 dies.

LA VIA CIVIL

Tradicionalment, en l'àmbit civil, la responsabilitat del metge pot ésser contractual o extracontractual, encara que és unànimement acceptada l'existència de contractes en la major part de les relacions entre metge i pacient. Pot admetre's també la possible existència d'un concurs entre responsabilitat contractual i extracontractual, segons la tesi que va acollint el Tribunal Suprem en la unificació de la culpa civil. Aquest contracte, generalment, s'assimilarà al d'arrendament de serveis, és a dir "contracte de prestació de serveis mèdics", ja que les obligacions que el configuren són de mitjans i no de resultat. Entre els elements del contracte d'assistència sanitària, tenint en compte que l'objecte és la prestació d'un servei mèdic, adquireix especial rellevància el **consentiment**. No obstant això, hem d'assenyalar que actualment la distinció entre els aspectes contractuals i extracontractuals de la responsabilitat està perdent importància, ja que es tendeix a anar cap a una responsabilitat civil cada vegada més objectiva i aliena a la culpa.
Hi ha supòsits en què és discutible el caràcter contractual de la relació metge-pacient, ja que la responsabilitat del facultatiu no deriva de l'incompliment de les obligacions contractuals, sinó de la desviació de normes i deures professionals, i per tant és extracontractual. Però hi ha vegades en diversos supòsits on els trets contractuals són evidents i no poden ésser ignorats.
Podem trobar-nos diferents supòsits:
1) Se sol·licita la intervenció d'un metge, que es nega a actuar, i això li ocasiona un perjudici. La responsabilitat d'aquesta negativa és extracontractual (si aquest rebuig comporta un abandonament del pacient).
2) El metge que atén amb caràcter urgent un pacient a la via pública, víctima d'un accident, inconscient. En aquest cas la responsabilitat seria extracontractual, ja que sense consentiment no hi ha contracte.
3) Quan una entitat contracta un metge i en el contracte s'estableix que el metge està obligat a atendre els pacients que l'entitat indiqui, en la relació metge-pacient no hi ha responsabilitat contractual (també seria el cas del metge funcionari al servei de l'administració sanitària).
4) Quan la conducta del metge sigui constitutiva de delicte o falta, se'n deriva una responsabilitat extracontractual.

Responsabilitat contractual

Si partim de la idea que hem indicat anteriorment, és a dir, de l'existència d'un contracte entre la relació metge-pacient, i que la naturalesa d'aquest contracte generalment, tot i que amb força excepcions, serà d'arrendament de serveis, cal examinar quins elements integren el contracte de serveis mèdics, per conèixer millor la pròpia relació entre el metge i el pacient.
En primer lloc, hem de dir que el contracte és bilateral, és a dir, que crea obligacions recíproques; onerós, ja que es cobra; de prestació personalíssima, i de tracte successiu (normalment es requereix el transcurs d'un cert període de temps entre diagnòstic i tractament).
Els elements del contracte són: el consentiment, l'objecte, la causa i la forma.
Analitzarem molt breument aquests elements, ja que no és la pretensió d'aquest treball.
El consentiment és un dels requisits essencials per a la validesa dels contractes. En el Codi Civil gaudeix d'un lloc privilegiat, ja que el considera en primer lloc i, a més, assenyala que els contractes es perfeccionen pel simple consentiment. I pel que fa a la relació metge-pacient, és indubtable que aquesta és de naturalesa consensual, tot i que presenta determinats aspectes propis.
Una altra vegada, hem de destacar que en aquest contracte les parts es troben en una situació d'evident desigualtat (complexitat de la ciència mèdica, posició dèbil del malalt, etc.). Però, per això mateix, parlem de la necessitat de consentiment en la relació metge-pacient, que implica el dret del pacient a la informació i per tant a la lliure elecció davant les opcions que se li presentin o el consentiment per escrit davant de qualsevol intervenció (tret d'algunes excepcions). És indubtable, doncs, la necessitat d'informació per a l'atorgament

d'un consentiment correcte, que en aquest cas es configura com una manifestació del deure general de bona fe.
El segon dels elements essencials de tot contracte és l'objecte cert que sigui matèria del contracte. I en la relació contractual entre metge i pacient, l'objecte està constituït per uns serveis i uns honoraris. Aquests serveis es concreten en l'assistència sanitària que el metge presta al pacient, per mitjà de les tasques de diagnòstic, pronòstic i tractament; per tant no es redueixen a un sol acte.
El tercer dels elements és la causa de l'obligació que s'estableix. La causa del contracte d'assistència sanitària és l'intercanvi d'uns serveis mèdics (ja siguin de diagnòstic, de pronòstic, de prescripció d'un tractament o d'intervenció quirúrgica) a canvi d'uns honoraris.
La forma no es considera un element essencial del contracte i, per tant, la manca de forma no incideix sobre la validesa del consentiment i del contracte. No obstant això, la majoria dels contractes mèdics es conclouen de forma verbal o, fins i tot, tàcita i això dóna lloc a un altre problema, que és la prova del consentiment del pacient, i per això a la pràctica és convenient la utilització de la forma escrita, a efectes de prova.

Responsabilitat aquiliana o extracontractual

Com hem dit, ni es pot assegurar l'existència d'un contracte en tota relació metge-pacient, ni es pot negar en cap cas tal existència. Ara bé, hi ha moltes situacions en les quals no es pot parlar de contracte, o en les quals, tot i existint una relació contractual, aquesta no lliga directament el metge i el malalt, sinó que es dóna per mitjà d'un tercer, amb el qual cadascú ha dut a terme el contracte.
Els elements que configuren la responsabilitat extracontractual avui dia es consideren elements comuns a tota responsabilitat civil. Si hi ha un contracte, la discussió sobre el dany antijurídic, la culpa, la relació de causalitat, etc., se substitueix per la simple constatació de l'incompliment d'una de les obligacions provinents del contracte, que resulta més senzill. Però això no vol dir que aquests elements no siguin presents en la base de la responsabilitat.
Tradicionalment, doncs, els elements de la responsabilitat extracontractual són els següents:
1) L'acció o omissió. És el que estableix l'article 1902 C.c. quan parla del dany ocasionat per "acció o omissió".
2) L'antijuridicitat. L'acció o omissió ha d'ésser antijurídica, és a dir, contrària a dret, però no cal que violi una norma concreta.
3) La culpabilitat. La diligència que es requereix o s'exigeix. La culpa mèdica seria la infracció del metge d'algun deure propi de la professió i, més concretament, del deure d'actuar amb la diligència objectivament exigida per la naturalesa de l'acte mèdic que s'executa, segons les circumstàncies de les persones, del temps i del lloc.
4) El dany. El dany constitueix l'essència de la responsabilitat civil. La idea del perjudici se centra entorn de l'interès, pel que fa a la pèrdua patrimonial efectiva i al lucre cessant, i es completa amb el perjudici moral. És de difícil valoració i reparació.
5) La relació de causalitat. Ha d'existir un nexe causal, el perjudici ha d'ésser conseqüència de l'acció o omissió culpable i ha d'ésser provat pel reclamant.
Així doncs, la **prova** es configura com un element essencial. Perquè una reclamació de responsabilitat civil tingui èxit, és necessari que siguin provades tant la culpa del pressumpte responsable com la relació de causalitat entre la culpa i el dany sofert per la víctima (pacient).
Planteja molts problemes la determinació del subjecte sobre el qual ha de recaure la càrrega de la prova, i més en cas de responsabilitat mèdica, si tenim en compte que el reclamant normalment no té coneixements mèdics, la qual cosa el col·loca en una situació de dificultat i manca de mitjans per aconseguir proves enfront el metge, que a més dels seus coneixements té molta informació sobre la malaltia i el seu tractament.
En el nostre ordenament jurídic no hi ha cap pressumpció de culpa en contra del metge i, per tant, la càrrega de la prova en una reclamació de responsabilitat mèdica haurà de recaure sobre el pacient o els seus hereus. Tanmateix, seria desitjable que en cada cas concret es determinessin les normes decisives de la càrrega de la prova, per a ponderar fins on se li pot exigir al demandant l'aportació de proves. En materia de responsabilitat civil, doncs, s'aplica estrictament l'article 1214 del C.c., segons el qual, correspon la prova de les obligacions a qui en reclama el compliment.
No obstant això, una de les diferències pràctiques que hi ha entre la responsabilitat contractual i l'aquiliana podria ésser precisament la càrrega de la prova, ja que l'incompliment d'una obligació contractual implicaria una pressumpció de culpa del deutor, sobre el qual pesaria la càrrega de la prova per a destruir tal pressumpció. Però això que pot semblar una excepció al principi general que hem dit, cal que sigui matisat: en primer lloc, perquè més que una pressumpció de culpa és una pressumpció de dany i, en segon lloc, no exclou que la víctima reclamant no estigui obligada a demostrar la mera existència de l'incompliment.
En definitiva, doncs, el criteri de la naturalesa contractual o extracontractual de la responsabilitat no és gaire útil a l'hora de ponderar l'estricta i no sempre justa regla general segons la qual el pacient reclamant o el seus hereus estan sempre lligats per la càrrega de la prova.
En definitiva, com a idea fonamental, caldria tenir en compte que quan es tracti d'obligacions de resultat, la prova de l'incompliment d'aquestes obligacions és suficient, ja que el resultat no s'haurà produït, la qual cosa comporta ja per si un dany, una culpa i una relació de causalitat. Quan es tracti d'obligacions de mitjans, és a través de la prova d'aquests extrems com s'arriba a la de l'incompliment. No es tracta de l'existència d'una pressumpció de culpa, sinó més aviat d'una conseqüència de la naturalesa de l'obligació.

Si el pacient o els seus hereus fonamenten la reclamació en un acte mèdic contrari a la *lex artis*, consistent en la manca d'assistència o la inadequació de l'assistència, hauran necessàriament de provar aquestes dades, normalment per mitjà de la intervenció de perits. I el metge hauria de provar el compliment de les regles professionals, és a dir que va actuar amb la deguda diligència. Sembla un repartiment de la càrrega de la prova, però a la pràctica no és així, ja que aquesta resulta molt difícil de demostrar, a menys que la negligència o impericia resulti molt patent.

Conseqüència del que hem exposat és que la prova pericial, en el procés de reclamació per responsabilitat civil, esdevé la prova més decisiva a l'hora de judicar l'existència de responsabilitat del metge, en tractar-se a més d'una matèria tècnica en la qual sovint hi intervenen aspectes de difícil comprensió per al jutge.

En la pràctica de la prova pericial actuen no només els metges forenses, sinó que també hi intervenen altres metges, normalment especialistes de la matèria que es tracti, un de part del metge denunciat i un de part del perjudicat o afectat pel dany, produint-se a vegades un "foc creuat entre perits", que pot arribar a confondre més que no pas a aclarir o a provar els fets. Ara bé, el que passa és que sovint una gran majoria de forenses actuen protegint el metge inculpat. El Col·legi de Metges protegeix metges les conductes dels quals no han estat gens correctes. Moltes vegades els especialistes depenen de la institució contra la qual s'ha posat el plet. I malgrat que l'article 632 de la L.e.c. estableix que el jutge o tribunal no està obligat a subjectar-se al dictamen dels perits, i que aquests dictàmens (o els perits) es poden recusar per existència de parentesc o afinitat, interès, amistat o enemistat manifesta, la prova en aquests processos de mala praxi mèdica, esdevé complicada i difícil.

Responsabilitat i institucions medicosanitàries

Avui dia, quan parlem de responsabilitat mèdica o sanitària, hem de tenir en compte que la majoria d'actes mèdics tenen lloc en grans institucions sanitàries (públiques o privades) i, per tant, cal analitzar també la responsabilitat d'aquestes institucions, i el grau d'intervenció que en un mateix acte pot atribuir-se a la pròpia institució, als seus administradors, o al personal que hi treballa.

Així doncs, en un establiment sanitari, el metge que desenvolupa la seva activitat en virtut d'un contracte de treball té certes conseqüències en matèria de responsabilitat civil, ja que a part dels supòsits en què l'establiment ha de respondre de determinats danys causats als seus pacients per defectes d'organització, d'instrumental o de funcionament general de l'entitat, existeix la possibilitat d'aplicar l'article 1903 del Codi Civil, que obliga la institució a respondre per activitats desenvolupades pel metge (*culpa in vigilando*): "Ho són també els amos o directors d'un establiment o empresa respecte als perjudicis causats pels seus dependents en el servei dels rams on els tenen ocupats, o bé en ocasió de llurs funcions". No obstant això, l'aplicació pràctica d'aquest precepte als metges al servei d'un establiment sanitari no és senzilla.

En primer lloc, l'aplicació de l'article 1903 del C.c. requereix que l'acte que dóna lloc a la responsabilitat es produeixi en l'àmbit de l'activitat mèdica, sotmès al regim de dependència, i no en les tasques purament tècniques i professionals del facultatiu, que han d'ésser més o menys lliures. Així doncs, gran part de la doctrina creu que és necessari distingir entre l'àmbit de subjecció del metge en virtut del seu contracte de treball i l'àmbit de la seva lliure actuació, de la seva independència respecte del malalt. Quan la falta comesa pel metge es produeixi en l'àmbit organitzatiu de l'establiment o com a conseqüència de l'incompliment d'obligacions contractuals del facultatiu, la responsabilitat de la institució és clara. Tanmateix, quan parlem de la independència del metge en la seva activitat tècnica, no sembla tan lògic fer respondre la institució, a menys que tingui una part de responsabilitat en l'acte mèdic concret, pel funcionament defectuós d'aparells, etc., cas en què respondrien ambdós.

Des del punt de vista del pacient, ens podem trobar diversos supòsits, ja que pot ésser que inicialment el pacient contracti el metge particular i, posteriorment, acudeixi a l'establiment sanitari per tal d'ésser intervingut; o bé que contracti inicialment la institució (el que seria un contracte d'hospitalització). En el primer cas parlaríem de dos contractes diferents, però en el segon només hi hauria un únic contracte.

En definitiva, doncs, cada subjecte que intervé en l'activitat mèdica, en el sentit més ampli, respondrà per l'incompliment de les seves obligacions de naturalesa contractual o extracontractual i, per a determinar si es tracta d'un o altre tipus de responsabilitat, caldrà fixar-se en el tipus de relació jurídica que hi hagi entre uns i altres. Si el pacient ha contractat exclusivament el metge, i el metge, a la vegada, ha estat contractat per la institució, la responsabilitat de la institució respecte del pacient serà extracontractual.

Un altre problema és el de la responsabilitat civil del metge derivada de l'exercici de la seva professió en institucions públiques, és a dir quan entre el metge i la institució hi ha una relació funcionarial. Les institucions sanitàries públiques formen part de la Seguretat Social, que cobreix l'assistència sanitària de les persones que hi estan sotmeses. En aquest cas, pel que fa a la responsabilitat civil derivada d'actes mèdics duts a terme en institucions públiques, cal partir de l'absència de contracte entre metge i pacient, essent doncs aquesta relació de caràcter extracontractual. Hem de distinguir, però, diversos supòsits:

1) La responsabilitat per actes propis de les institucions, és a dir d'organització, direcció i funcionament. En aquest cas estaríem en un supòsit de responsabilitat com a conseqüència del funcionament del servei d'administració, que veurem més endavant. Igualment, seria el cas de la responsabilitat de la insti-

tució per actes de metges quan sigui conseqüència de l'obligació de control i vigilància del centre. En ambdós casos seria responsabilitat de la institució, de l'administració.

2) Quan es tracta d'actes mèdics realitzats dins del que és l'esfera tènica de la professió, l'existència de responsabilitat de l'establiment és més dubtosa. Es plantegen, doncs, dos problemes: d'una banda, la determinació del responsable, el metge o la institució i, de l'altra, la qualificació de la naturalesa jurídica d'aquesta responsabilitat, cosa que serà important a l'hora de seguir el procediment per una o altra jurisdicció. No és una qüestió fàcil, però la majoria de la doctrina s'inclina per una interpretació molt restrictiva dels supòsits de culpa personal del metge que presta serveis en institucions públiques, de manera que s'amplia la responsabilitat de les entitats sanitàries públiques pels actes culposos dels metges, partint de la idea que deriven en última instància d'una deficient organització del servei. Només, doncs, quan es tracti de supòsits de culpa greu del metge, independentment del servei i del seu funcionament, respondrà el metge. Per exemple la sentència del Tribunal Suprem de 20/2/81, sobre un metge de la Seguretat Social que va intervenir un pacient per extirpar-li les amígdales i li va seccionar la campaneta i part del vel del paladar, fet que va produir com a seqüela una dificultat de pronúncia. En aquest cas, el Tribunal Suprem va aplicar la responsabilitat extracontractual de l'article 1902 del Codi Civil pel que fa al cirurgià, i la del 1903 en el cas de l'entitat pública, atesa l'exclusiva culpabilitat del metge.

En general, doncs, es va cap a una responsabilitat objectiva, amb algunes excepcions, quan hi hagi culpa personal i exclusiva del metge.

LA VIA CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA

En aquest àmbit hem de partir del *Reial Decret* 429/1993, de 26 de març, pel qual s'aprova el *Reglament dels procediments de les administracions en matèria de responsabilitat patrimonial*. La Llei de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú (LRJ-PAC) preveu l'establiment per via reglamentària dels procediments que permetin fer efectiva la responsabilitat patrimonial de les administracions públiques i de les autoritats i de l'altre personal al seu servei. Fins al 1993, doncs, aquest procediment estava regulat per un Decret de 1957, que desenvolupava la Llei de 16 de desembre de 1954, d'Expropiació Forçosa.

D'altra banda, hem de tenir en compte, a més, l'article 106 de la Constitució, que consagra el principi de la responsabilitat patrimonial extracontractual de les administracions públiques per les lesions que pateixin els particulars en qualsevol dels seus béns i drets, sempre que aquesta lesió sigui conseqüència del funcionament dels serveis públics.

Com a novetats d'aquesta nova regulació caldria destacar: l'establiment del principi d'exigència directa de responsabilitat a les administracions públiques, que responen en tot cas dels danys causats per elles mateixes o pels seus agents; la possibilitat d'iniciació d'ofici dels procediments; aplicació del nou procediment de responsabilitat tant en relacions de dret públic com de dret privat; la possibilitat de la indemnització en espècies; la via jurisdiccional contenciosa administrativa passa a ser l'única procedent en matèria de responsabilitat patrimonial, i establiment d'un procediment abreujat, quan es donen supòsits d'inequívoca relació de causalitat entre la lesió i el funcionament del servei públic.

No obstant això, i pel que fa ja en concret a la responsabilitat mèdica, els problemes més importants que es plantegen són els següents: 1) jurisdicció competent per a tenir coneixement de les qüestions sobre responsabilitat de l'INSALUD o l'ICS per danys derivats de l'assistència sanitària, i 2) responsabilitat civil del personal mèdic i sanitari al servei de l'INSALUD o l'ICS, com a conseqüència de l'assistència sanitària de la Seguretat Social.

1) Tradicionalment el Tribunal Suprem ha sostingut la competència de la jurisdicció civil, prescindint de la normativa abans citada (anterior a 1993). Ara bé, els primers problemes sobre la jurisdicció competent per a tenir coneixement de les pretensions contra l'INSALUD pels danys ocasionats per l'assistència sanitària a beneficiaris de la Seguretat Social no van ser sobre jurisdicció civil o contenciosa administrativa, sinó sobre jurisdicció civil enfront de la jurisdicció social o laboral. Tanmateix, la Sala Especial de Conflictes del Tribunal Suprem va dictar dues resolucions, el 1993 i el 1994, en favor de la competència de la jurisdicció civil enfront de la social, i en favor de la jurisdicció contenciosa administrativa enfront de la social. Aquesta última resolució justifica la competència contenciosa administrativa basant-se en la nova Llei 30/1992, LRJ-PAC, al·legant a més que la jurisdicció social no pot aplicar un règim de responsabilitat objectiva purament administratiu, la qual cosa entenem que no és exacta.

El que és evident és que la Llei 30/1992 ha volgut anar al sistema d'unitat jurisdiccional, i això ho reflecteix el Reial Decret 429/1993 quan a la seva Disposició Addicional Primera diu: "... la responsabilitat patrimonial de les entitats gestores i serveis comuns de la Seguretat Social, siguin estatals o autonòmiques, així com de les altres entitats, serveis i organismes del Sistema Nacional de Salud, pels danys i perjudicis causats per o amb ocasió de l'assistència sanitària, i les corresponents reclamacions seguiran la tramitació administrativa i contenciosa administrativa prevista en aquesta Llei i en el present Reglament".

Ara bé, el problema que es planteja és que la Llei 30/1992 no atribueix expressament aquesta competència en aquests casos i, per tant, el que fa el Reial Decret és introduir una novetat, cosa que, pel seu rang merament reglamentari i per tant inferior, no pot fer, tractant-se d'una matèria reservada a llei. No pot, doncs, servir com un argument en favor de la competència de la jurisdicció contenciosa administrativa ni en contra de la dels tribunals de l'ordre social. Si la contenciosa

és competent, ho serà perquè la responsabilitat de les entitats gestores de la Seguretat Social per danys derivats de l'assistència sanitària als seus beneficiaris no hagi de considerar-se matèria de Seguretat Social, en el sentit que defineix l'article 2.b) de la Llei de Procediment Laboral (la qual cosa actualment tampoc no té sentit, atesa la generalització i globalització de la sanitat pública i de l'assistència sanitària).

2) El personal mèdic i sanitari de la Seguretat Social és personal al servei d'una administració pública, als efectes de la llei 30/1992 i, per tant, es pot afirmar que la responsabilitat civil d'aquest personal enfront els perjudicats a conseqüència de l'assistència sanitària de la Seguretat Social ja no existeix, perquè ha estat substituïda per la responsabilitat directa del mateix INSALUD (o, aquí, ICS). Ara bé, què passa amb les conductes purament privades d'aquest personal, alienes a l'exercici del càrrec o funció? Cal entendre que, d'aquestes conductes, el personal en respondria civilment segons l'article 1902 del Codi Civil, competent en la matèria de la jurisdicció civil (o la penal en cas que es tractés d'imprudència punible). Sense oblidar, però, que l'administració, un cop abonada la indemnització al perjudicat, pot exigir del personal al seu servei la responsabilitat en què hagués incorregut per dol, per culpa o per negligència greu.

Els trets d'aquests sistema de responsabilitat serien, doncs, els següents: és un sistema unitari pel conjunt de les administracions públiques (estatal, autonòmica i local); és un sistema de responsabilitat directa; és un sistema de responsabilitat objectiva, que margina la culpa o negligència (dany produït com a conseqüència del funcionament d'un servei públic), tot i que recentment hi ha una sentència que requereix que s'acrediti el requisit de la culpa, i és un sistema que requereix que s'hagi produït un dany per l'administració, ha d'existir una relació de causalitat entre el dany produït i l'actuació administrativa, cal que no estigui prevista en l'ordenament jurídic l'obligació o la càrrega de no suportar aquest dany, s'ha d'acreditar el dany, individualitzar-lo i ha d'ésser avaluable econòmicament.

Procediment

D'entrada, cal descatar que la llei estableix dues formes d'iniciar el procediment: d'ofici i per reclamació dels interessats, dins el termini d'un any. A més, s'instaura un procediment abreujat quan siguin inequívocs la relació de causalitat entre la lesió i el funcionament del servei públic, i la valoració del dany i el càlcul corresponent de la quantia de la indemnització. En aquest cas l'òrgan competent pot acordar la substanciació del procediment abreujat i reconèixer el dret a la indemnització en el termini de 30 dies.

Si el procediment s'inicia a instància de la persona interessada, caldrà dirigir la reclamació a l'òrgan competent; reclamació a la qual, a part d'indicar les lesions produïdes, la relació de causalitat entre aquestes lesions i el funcionament del servei públic, l'avaluació econòmica de la responsabilitat patrimonial, i el moment en què la lesió efectivament es va produir, caldrà adjuntar els documents i les informacions que es creguin oportuns, així com una proposició de prova, concretant els mitjans de què es pretengui valer-se.

En qualsevol moment del procediment, l'òrgan competent pot acordar amb la persona interessada la terminació convencional del procediment, mitjançant un acord indemnitzatori.

En el termini de 30 dies es practicaran les proves que s'haguessin declarat pertinents, i l'òrgan competent pot demanar tots els informes que cregui convenients.

Instruït el procediment i abans de la proposta de resolució, es donarà audiència a l'interessat, perquè després de tenir accés a l'expedient i a tot l'actuat pugui formular les al·legacions corresponents. Una vegada conclòs el tràmit d'audiència, si és preceptiu, se sol·licitarà dictamen del Consell d'Estat i després es resoldrà i es dictarà la corresponent resolució. El silenci en aquest cas és negatiu, transcorregut un termini de 6 mesos des que s'inicia el procediment, tot i que l'administració pot prorrogar aquest termini. Contra la resolució denegatòria es pot interposar la corresponent demanda contenciosa, i per tant, com es veu, es tracta d'un procediment molt i molt lent.

LA VIA SOCIAL

Com ja s'ha pogut veure en l'anterior apartat, la competència de l'ordre jurisdiccional social per a tenir coneixement de les indemnitzacions per danys i perjudicis causats amb ocasió de la prestació d'assistència sanitària defectuosa ha estat objecte d'un llarg debat jurisprudencial i doctrinal. Fins al 1993, i a partir d'una sentència d'unificació de doctrina del Tribunal Suprem d'abril de 1990, el tema va ser pacífic i no es qüestionava que corresponia als jutjats socials tenir coneixement d'aquestes reclamacions.

La jurisdicció social, a més d'ésser molt més ràpida, té majors facilitats de postulació processal, ja sigui en la proposició de proves, en la immediació i, evidentment, en menys despeses econòmiques per al beneficiari afectat.

No obstant això, amb el desenvolupament reglamentari de la Llei 30/1992 pel que fa a la responsabilitat patrimonial de l'administració, aquesta via es va veure trencada de nou, en establir la seva Disposició Addicional Primera la tramitació administrativa i contenciosa administrativa de les reclamacions contra entitats gestores i serveis comuns de la Seguretat Social per danys i perjudicis causats amb ocasió de l'assistència sanitària.

Així, tot el gran esforç doctrinal portat a terme perquè aquest tipus d'assumptes tingués una tramitació ràpida, eficaç i econòmica, es va veure destruït per la publicació del R.D. 429/1993. Ara bé, tal i com hem dit anteriorment, el fet que reglamentàriament s'hagi establert la competència de la jurisdicció contenciosa per aquestes reclamacions comporta una clara violació del principi de jerarquia normativa i, per tant, es

podria continuar mantenint la competència de l'ordre social en aquests litigis.

En aquest sentit, hem d'assenyalar que la Llei 30/1992 no fa cap referència sobre aquest supòsit de competència jurisdiccional, malgrat que el R.D. 429/1993 estableix en la seva Exposició de Motius que la competència de l'Ordre jurisdiccional contenciós administratiu es desprèn de l'article 2.2 i del títol X de l'esmentada Llei. En primer lloc, perquè la jurisprudència del Tribunal Suprem establia la competència de la jurisdicció social amb el següent raonament: "hi ha hagut una lesió o dany com a conseqüència d'una prestació de la Seguretat Social i entre subjectes vinculats per una prèvia relació pròpia de l'ordre laboral com és la relació entre les entitats gestores i el beneficiari, descartant d'aquesta forma que s'estigui davant una reparació de danys per responsabilitat extracontractual". I, tanmateix, el preàmbul del Reial Decret citat parla i es refereix en tot moment a la reponsabilitat extracontractual de l'Administració de l'Estat, com a conseqüència del funcionament d'aquesta. Per tant, d'aquí es dedueix que el títol X de la Llei 30/1992 ve a desenvolupar el prinicpi de responsabilitat extracontractual de les administracions públiques i, d'altra banda, l'article 2.2 de la Llei estableix la competència contenciosa quan les administracions exerceixin potestats administratives, però sotmetent-se pel que fa a la seva activitat restant al que disposin les seves normes de creació, amb la qual cosa pot semblar evident la no aplicació d'aquesta llei per als casos de reclamacions per assistència sanitària defectuosa. A més a més, la Disposició Addicional Sisena de la Llei 30/1992 estableix que la impugnació d'actes de la Seguretat Social i la desocupació en els termes previstos a l'article 2.2 de la Llei de Procediment Laboral, així com la seva revisió d'ofici, es regiran per allò que es disposi en l'esmentada Llei.

En definitiva, doncs, sembla que podríem concloure que, amb la publicació del RD 429/1993, i pel que fa a la competència de la jurisdicció social per a tenir coneixement de les reclamacions per assistència sanitària defectuosa, res no ha canviat, i que aquestes reclamacions haurien de continuar tramitant-se davant els jutjats socials. Tanmateix, la resolució de la Sala de Conflictes del Tribunal Suprem, de data 7 de juliol de 1994, estableix la competència de la jurisdicció contenciosa administrativa enfront de la social, si bé amb un vot particular en contra del Magistrat de la Sala Social del Tribunal Suprem. Però parteix del que disposa l'esmentat RD 429/1993.

Malgrat aquesta resolució de la Sala de Conflictes, hi ha tribunals superiors de justícia de diferents comunitats autònomes que continuen defensant la competència de la jurisdicció social en aquesta matèria, en mantenir que el Reglament no concreta allò previst a la Llei, sinó que regula qüestions que van més enllà i de manera diferent a com ho fa la Llei, per la qual cosa es considera manifestament extralimitat i no aplicable (nul·la la seva disposició). En aquest sentit, s'han pronunciat els Tribunals Superiors de Justícia de Castella i Lleó, de Navarra, de Múrcia, de Balears, etc. Hi ha, però, altres sales socials de tribunals superiors que s'han declarat incompetents a l'hora de resoldre demandes contra l'administració sanitària, declarant la competència de la jurisdicció contenciosa. Per exemple, a Galicia, al País Basc, a Madrid, etc.

Finalment, però, el Tribunal Suprem (Sala Social), a finals de l'any passat, el novembre de 1995, va dictar dues sentències que confirmen la competència de l'ordre social d'aquestes reclamacions, tot i que feia poc que també n'havia dictat dues en favor de la competència contenciosa (i fins i tot alguna amb el mateix ponent). L'última Sentència dictada però, és en favor de l'ordre social, al·legant l'argument d'excés del Reglament respecte de la Llei.

Per tant, atesa aquesta disparitat de criteris, i tenint en compte la resolució de la Sala de Conflictes, escollir la via social a l'hora de dur a terme una reclamació d'aquest tipus pot resultat més lent i costós que les altres vies, malgrat que aquesta sigui per naturalesa la més ràpida i econòmica, ja que és segur que, almenys, per la qüestió de la competència el cas arribarà sempre al Suprem. I amb el risc d'obtenir, a més, una resolució contrària, que declari la competència de la jurisdicció contenciosa, amb la qual cosa el procés esdevé molt més lent, ja que comporta tornar a començar.

A MODE DE CONCLUSIÓ

Al principi hem dit que en els darrers anys han proliferat les denúncies i reclamacions judicials per mala praxi mèdica, i si abans era difícil trobar sentències condemnatòries o que indemnitzessin els perjudicats, actualment és força nombrosa la jurisprudència i els casos judicials. Des del punt de vista dels afectats, davant una reclamació, el principal problema és la manca de possibilitats econòmiques per a poder iniciar un plet (exposar-se a una condemna de costes pot comportar un endeutament de per vida). Des del punt de vista de la defensa dels afectats, ens trobem, d'una banda, perquè es tracta de temes molt tècnics, que la dificultat de la prova fa que el procés es redueixi a poder comptar amb un bon informe pericial i, per tant, a l'enfrontament entre dos o més informes pericials mèdics. D'altra banda, les vies per a poder reclamar també dificulten l'accés a la majoria de persones: la civil, pel seu elevat cost econòmic; la social, perquè tot i ser potser la més adequada, ràpida i senzilla, ha estat vetada; la contenciosa administrativa, perquè es redueix a la reclamació contra l'administració pública per un mal servei, és la més lenta, i es tracta d'un nou procediment del qual encara no coneixem prou bé els resultats; i finalment la penal, després de la despenalització soferta per tots els delictes imprudents al Codi Penal, resulta molt difícil fer prosperar una causa, ateses també les grans dificultats de prova i el fet que gairebé el 95% de les sentències són absolutòries.

Davant de tot això, si en lloc de mantenir i continuar la lluita entre els advocats defensors dels afectats, els metges, el Col·legi de Metges i les companyies d'assegurances, que pro-

tegeixen i defensen el metge inculpat (o la institució), allargant i encarint els procediments judicials, es donessin explicacions als perjudicats, una correcta informació i atenció, i unes indemnitzacions (davant de males praxis reals), els afers no esdevindrien tan importants ni tan espectaculars. I el que és més important, les relacions metge-pacient no es veurien tan perjudicades, sobretot la confiança i la fe que les presideix, no només per l'angoixa que pateixen les persones afectades o els seus familiars, sinó també pels mateixos metges que han d'estar durant un llarg procés, que pot durar anys, sotmesos a una pressió psicològica que ha de perjudicar necessàriament la seva activitat. En molts casos, doncs, caldria resoldre ràpidament els errors (evitables) i, amb participació de l'afectat o la seva família i el Col·legi de Metges, indemnitzar-lo degudament, amb la qual cosa s'evitarien molts processos, moltes despeses i moltes desconfiances. Amb la participació i voluntat de totes les parts: afectats i defensors, metges, i corporació. Aquesta alternativa, però, no significa que es pretengui buscar només una compensació econòmica davant una mala praxi. És evident que si es tracta d'una negligència greu, amb clara culpa del metge actuant, aleshores caldrà acudir a la jurisdicció penal i aplicar la sanció que correspongui.
En definitiva, entenem que cal, en primer lloc, que els metges donin una detallada i acurada informació a les persones afectades o els seus familiars. Només amb això, ja ens evitaríem molts plets. En segon lloc, seria bo que prèviament a la interposició de la demanda, el Col·legi de Metges conegués el cas, que n'obrís un expedient i que esbrinés els fets denunciats. També amb aquest pas es podria arribar a solucions satisfactòries per a les dues parts, sense necessitat d'interposar una demanda. I, si amb el coneixement dels fets denunciats fos clar el cas de mala praxi, que no encobrís sistemàticament al metge, sinó que obrís un expedient, que sancionés o inhabilités, segons correspongués, i abonés una indemnització. Pensem que, avui dia, amb els problemes que s'han exposat respecte dels procediments judicials, bàsicament tenint en compte l'elevada absolució en l'àmbit penal i la impossibilitat de seguir amb la via civil, els afectats i les seves famílies se senten impotents. Malgrat conèixer que han estat víctimes d'una mala praxi mèdica (confirmada per un altre metge), el sistema no els permet de trobar una compensació i un reconeixement pel mal causat. Així, amb els obstacles que se'ls posa, no és exagerat pensar en algun supòsit que podria conduir a prescindir dels tribunals i actuar pel seu compte, la qual cosa, evidentment, no és desitjable per a ningú.

RESPONSABILITAT SANITÀRIA: EL PUNT DE VISTA DE LA DEFENSA DELS AFECTATS

A l'hora d'interposar una reclamació, el principal problema amb què es troba l'afectat és d'índole econòmica, ja que exposar-se a una condemna de costos implicaria un endeutament de per vida. Un altre problema és la dificultat de la prova; llevat que la negligència o la impericia resultin evidents, la intervenció dels perits de les dues parts pot confondre més que no pas aclarir els fets. D'altra banda, l'accés a les diferents vies per a poder reclamar és difícil per a la majoria de persones: la civil comporta un elevat cost econòmic; la social, encara que podria ser la més ràpida i senzilla, ha estat vetada; la contenciosa administrativa és molt lenta i és un nou procediment els resultats del qual encara no es coneixen bé, i la penal, després de la despenalització dels delictes d'imprudència en el nou Codi Penal, condueix a l'absolució en el 95% dels casos, a causa principalment de les grans dificultats de la prova. Pel que fa a les possibles solucions, cal destacar que molts plets s'evitarien amb una adequada informació al pacient o als seus familiars; d'altra banda, prèviament a la interposició de la demanda, seria desitjable que el Col·legi de Metges obrís un expedient, investigués els fets denunciats, sancionés el que correspongui i, si escau, que pagués una indemnització.

RESPONSABILIDAD SANITARIA: EL PUNTO DE VISTA DE LA DEFENSA DE LOS AFECTADOS

A la hora de interponer una reclamación, el principal problema con que se encuentra el afectado es de índole económico, ya que exponerse a una condena de costes implicaría un endeudamiento de por vida. Otro problema es la dificultad de la prueba; salvo que la negligencia o la impericia resulten evidentes, la intervención de los peritos de ambas partes puede confundir más que aclarar los hechos. Por otra parte, el acceso a las diferentes vías para poder reclamar es difícil para la mayoría de personas: la civil posee un elevado coste económico; la social, aunque podría ser la más rápida y sencilla, ha estado vetada; la contenciosa-administrativa es muy lenta y es un nuevo procedimiento cuyos resultados aún no se conocen bien, y la penal, después de la despenalización de los delitos de imprudencia en el nuevo Código Penal, conduce a la absolución en el 95% de los casos, debido principalmente a las grandes dificultades de la prueba. En cuanto a las posibles soluciones, cabe destacar que muchos pleitos se evitarían con una adecuada información al paciente o a sus familiares; por otra parte, previamente a la interposición de la demanda, sería deseable que el Colegio de Médicos abriera un expediente, investigara los hechos denunciados, sancionara cuando corresponda y, en su caso, abonara una indemnización.

MEDICAL LIABILITY: DEFENDING THE PATIENT

When seeking compensation, the claimant's main problem is economic, given that risking the possibility of a

judgement to cover costs would imply lifelong debt. A second difficulty involves proving the case. Except in clear cases of negligence or incompetence, the employment of expert witnesses by both parties can confuse rather than clarify matters. Access to the various ways of claiming compensation is also difficult for most. Civil suits are expensive. The jurisdiction of labor courts, which potentially offer a faster and simpler recourse, has been ruled out. Litigation under administrative law offers a very slow alternative, and as it is a new option, its effect is still unknown. Bringing criminal charges to bear, now that crimes of negligence have been decriminalized under the new penal code, leads to absolution of 95% of defendants owing mainly to the great difficulty of proving a case. As far a solutions are concerned, we emphasize that many suits could be avoided were the patient or relatives to receive adequate information. Furthermore, placing the case before the College of Physicians before bringing formal charges would be desirable; the professional association could investigate the complaint, impose appropriate sanctions and, if called for, award compensation.

EL PUNT DE VISTA DE L'USUARI. REFLEXIONS SOBRE UN CAS CONCRET

Artur González i Joseph*

El veritable usuari va ésser el meu pare, del qual, per a poder entendre millor els fets, cal remarcar-ne la personalitat i la situació: home de poc més de 70 anys, de vida sana i ordenada de sempre i sense malalties significatives; persona culta, professional de cert nivell i especialment preparat per a la música (era titulat); vivia sol, perquè així ho volia, des que quedà vidu, i era molt capaç de tenir cura d'ell mateix; situació econòmica estable; les afeccions (especialment musicals) i l'entorn on participava en determinats centres d'interès, el feien amant de la vida, amb desitjos de conèixer, viatjar, compartir inquietuds de tota mena, etc; la capacitat intel·lectual era absoluta i elevada.

ELS FETS BÀSICS

El meu pare havia estat tractat, a títol privat, per un metge especialista en medicina cardiovascular, pel qual havia estat intervingut, en un centre privat, en dues ocasions, per problemes circulatoris a les cames. Se li havien implantat dos *bypass*. Tot això en els darrers 5 anys.

Posteriorment, en un dia festiu, concretament un 24 de setembre, dia de la Mercè, i això cal remarcar-ho, amb la impossibilitat de connectar amb l'esmentat metge, ja que era ilocalitzable, com que el malalt presentava forts dolors en una cama, per decisió d'ell mateix, el vam ingressar, per Urgències, en un centre privat hospitalari, amb conveni amb la Seguretat Social. Ens havíem assabentat que el Departament d'Angiologia d'aquest centre estava dirigit pel mateix metge abans esmentat.

Des d'aquesta data fins a la mort del pacient, esdevinguda el 6 de gener següent, les estades en aquest centre van ésser continuades, amb petits períodes de convalescència a casa, i també amb diverses estades al Servei d'Urgències, les unes per decisió pròpia i les altres per suggeriment del facultatius del centre consultat. En aquests 100 dies aproximats, fou intervingut dues vegades i va sofrir una amputació, sota la direcció de l'equip mèdic d'Angiologia.

A finals de desembre, per decisió d'aquest equip de facultatius, i sense consentiment ni advertiment, li fou administrat el medicament Sintrom®, que comportava alhora permanents controls d'hematologia, i que ara s'ha demostrat inadequat.

En el control realitzat el dia 5 de gener, van observar una manca de coagulació a la sang, que va comportar l'ordre d'ingrés immediat del malalt, a través d'Urgències. Això va ésser comunicat per telèfon a les 12,30 hores i l'ingrés es va dur a terme a les 14 hores. Es va donar, com a motiu de l'ingrés, l'explicació adient. Després de tenir-lo al Servei d'Urgències més de 10 hores, el responsable mèdic que el va atendre, que depenia també del Departament d'Angiologia, va considerar que podia retornar a casa. No va satisfer clarament les preguntes dels familiars, referides al tractament emprat. No consta enlloc que s'hagués corregit l'excessiva anticoagulació detectada. Poques hores més tard, a les 7 del matí, el pacient moria.

Pocs dies després, es posà en evidència que el metge que el va atendre a Urgències el dia dels fets no va fer res, i que va restar sord a les explicacions i els requeriments dels familiars, tret de curar-li unes llagues superficials. Així ho van manifestar els facultatius d'Hematologia, estranyats pel que suposaven una negligència nostra: no dur el malalt a l'hospital, tal com havien ordenat, el migdia del dia 5. Ho creien així perquè no els constava aquest ingrés ni que s'hagués realitzat el tractament corrector necessari.

ASPECTES A DENUNCIAR

a) Desconnexió entre departaments: Hematologia ordena l'ingrés, es duu a terme i ningú no fa el que cal.

b) Administració d'un medicament (Sintrom®) que presenta importants contraindicacions d'alt risc, sense demanar consentiment al malalt o als familiars, ni fer els advertiments aclaridors que es demostren necessaris.

c) Abandó del malalt en els dies previs a Nadal, fet que l'obliga a restar al domicili, sense les atencions i els controls necessaris, i que fa que s'hagi de desplaçar gairebé a diari amb ambulància per a fer els controls del Sintrom®. En aquells moments havia perdut recentment una cama i tenia sensiblement mancada la mobilitat.

Va quedar clar, en una conversa que vaig mantenir amb el metge responsable d'Angiologia, el dia 22 de desembre, mentre el vaig rescatar d'una celebració amb cava amb els seus col·legues, que no els interessava mantenir malalts ingressats en els dies de festa. Va restar sord a les meves peticions que pretenien protegir el pacient.

d) Manteniment incomprensible de l'ingressat, el dia 5 de gener, per espai de més de 10 hores, al Servei d'Urgències, sense aliment, sense explicacions a ningú, sense escoltar el motiu de l'ingrés i, el més greu de tot, sense fer-li pràcticament res,

*Associació Catalana per a la Seguretat Social

sobretot quant a remetre o corregir l'excessiva anticoagulació detectada.

e) Negligència absoluta del metge que el va atendre aquell fatídic 5 de gener, que no va prendre les mesures necessàries per a corregir la descoagulació advertida, ni tan sols va consultar a Hematologia. Aquesta negligència, ha estat, amb tota seguretat, la causa d'una mort innecessària, molt abans del que pertocava.

f) En un temps en què la tecnologia mèdica presenta un grans avenços, dels quals tots hem de gaudir i en què cada cop es disposa de més i millors aparells per a combatre les malalties, es produeixen, tanmateix, unes situacions que empobreixen la qualitat de la medicina: s'ha perdut la figura del metge de capçalera, que restava disponible les 24 hores del dia, tots els dies de l'any gairebé, de tal manera que hom, quan se sent malalt, moltes vegades innecessàriament, acudeix a qualsevol centre hospitalari, impersonal i massificat; conseqüència del fet anterior és que el malalt perd el nom i es converteix en un número; una altra conseqüència és que l'excés d'ingressos a Urgències en col·lapsa i disminueix l'eficàcia i l'atenció (massificació); sembla que alguns metges han triat la medicina com un mitjà purament professional i han oblidat que hauria d'ésser una vocació i que l'atenció a la vida humana hauria d'estar pel damunt d'altres consideracions.

REFLEXIONS

1. Demostració del corporativisme dels facultatius:

a) Hematologia no va reconèixer, posteriorment a la primera manifestació, que ells havien alertat de la mala praxi duta a terme.

b) Davant de les reclamacions fetes i les promeses d'arribar fins on calgués (manifestades pels responsables del centre, en converses personals), tot va quedar en no res i sense rebre una explicació raonable, ni tan sols una disculpa. Aquests responsables, però, van manifestar, per mitjà de dues entrevistes, que hi havia hagut deficiències i errors en tots aquests fets.

c) Per tal de justificar el que no tenia cap mena de justificació, van indicar que, al pacient, se li havia subministrat vitamina K en el transcurs del dia 5 de gener, fet que és absolutament fals, perquè així ho digué el metge que el va atendre i no consta en cap document.

d) Cal remarcar que aquest metge presumptivament negligent fou despatxat del centre en aquelles dates (això mai no ha estat reconegut oficialment).

2. Hi havia cert sentiment de culpabilitat, quan van trametre l'afer a la companyia asseguradora que cobreix la responsabilitat civil d'aquests professionals. La companyia asseguradora va obrir un expedient, mai revelat, i va informar que no hi havia lloc per a cap reclamació, perquè el metge causant no reconeixia pas la seva falta. És evident que aquest facultatiu no podia ferir el seu expedient professional.

3. El cost econòmic de tot el procés des del 24 de setembre de 1989 fins al 5 de gener de 1990, va comportar a l'I.N.S.S. una xifra superior a 1.000.000 de pessetes, a més dels costos addicionals, suportats per la família, no avaluats amb detall, però que fàcilment comporten entre 200.000 i 300.000 pessetes. Va ser una malaguanyada inversió, que suporta tot contribuent, i no pas barata, per rebre moltes vegades una deficient qualitat de servei.

4) Les possibilitats d'èxit d'una demanda contra un metge o un col·lectiu mèdic son mínimes, per diverses causes:

a) Corporativisme.

b) Ignorància mèdica del malalt i de la família, que sovint resten impotents davant de decisions i explicacions de difícil comprensió. L'avantatge sempre està en mans del metge. Recentment vaig acudir a un centre mèdic privat per una intervenció quirúrgica de traumatologia, i pretenien que els signés un document, que eximia de responsabilitats als metges, donant-los un "xec" en blanc per a fer-ne el que estimessin convenient. Naturalment, no el vaig signar.

c) En cas de mort, com el que he explicat, els esdeveniments superen els recels i l'objectivitat d'actuació dels afectats impedeixen una anàlisi acurada dels fets i la presa de mesures cautelars i proves com l'autopsia, els certificats mèdics adequats, les denúncies instàdes, la intervenció de perits, etc. Per tant, el factor sentimental juga en contra dels afectats i a favor dels negligents.

d) Els jutges s'inclinen favorablement a favor dels facultatius, de manera generalitzada. A més, els recursos de què disposen els metges i llurs associacions i col·lectius esdevenen sensiblement superiors als de què pot disposar un habitual malalt/usuari.

RESPONSABILITAT SANITÀRIA: EL PUNT DE VISTA DE L'USUARI

Un home de 70 anys, amb un estat de salut previ acceptable i al qual s'havia practicat un *bypass* a les extremitats inferiors per una arteriopatia perifèrica, després de presentar un episodi d'isquèmia arterial aguda, va ser intervingut en un centre privat. Se li va administrar un tractament anticoagulant oral i, pel que sembla, després que se li detectés una descoagulació excessiva va ser enviat a casa seva, on va morir després de poques hores.

Un familiar (el fill del finat) exposa les diverses raons i queixes que van portar a presentar una reclamació a la família (falta d'informació, tracte impersonal, falta de diligència), així com les dificultats amb què es troben els afectats per a obtenir una satisfacció a la seva demanda (corporativisme, ignorància sobre temes mèdics, falta de recursos econòmics, predisposició dels jutges a afavorir els facultatius).

RESPONSABILIDAD SANITARIA: EL PUNTO DE VISTA DEL USUARIO

Un varón de 70 años, con un estado de salud previo aceptable y al que se le habían practicado dos *bypass* en extremidades inferiores por arteriopatía periférica, a raíz de presentar un episodio de isquemia arterial aguda, se intervino en un centro privado. Se le administró tratamiento anticoagulante oral y, al parecer, tras detectársele una descoagulación excesiva fue remitido a su domicilio, donde falleció a las pocas horas.
Un familiar (el hijo del fallecido) expone las distintas razones y quejas que llevaron a la familia a presentar una reclamación (falta de información, trato impersonal, falta de diligencia), así como las dificultades con que se encuentran los afectados para obtener una satisfacción a su demanda (corporativismo, ignorancia sobre temas médicos, falta de recursos económicos, predisposición de los jueces a favorecer a los facultativos).

MEDICAL LIABILITY: FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW

A 70 year-old man in satisfactory health who had previously undergone two bypass operations to treat peripheral artery disease in his lower extremities went to the emergency room of a private hospital suffering acute arterial ischemia. He was prescribed oral anticoagulants and, because thrombolysis was deemed excessive, he was sent home, where he died a few hours later. A relative (the deceased's son) describes the family's complaints and the reasons (lack of information, impersonal treatment, lack of diligence) why suit was brought. Also explained are the family's difficulties in obtaining satisfaction (the closing of professional ranks, lack of medical knowledge, economic difficulties, judges' predisposition to favor the medical profession).

EL PERITATGE EN MATÈRIA DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

Manuel Camps i Surroca*

ANTECEDENTS REMOTS DEL PERITATGE EN QÜESTIONS DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

Durant la Baixa Edat Mitjana hem trobat alguns processos judicials –no gaire freqüents– de casos de reclamacions de responsabilitat als terapeutes, intrusos o no, dels malalts o familiars descontents dels resultats de l'activitat curativa rebuda.
Hem estudiat quatre processos d'aquesta naturalesa que utilitzarem com a models: un de l'any 1399, contra una intrusa de la cirurgia, a la qual s'atribuïren les seqüeles del malalt; un altre de l'any 1407, contra un metge de capçalera, al qual un metge consultor imputà l'agreujament del malalt a conseqüència d'un error de tractament; un tercer procés l'any 1453 contra una remeiera, als maleficis de la qual s'atribuí la mort d'un lactant; i finalment, un procés de 1486 sobre la mort d'un gacó a l'Hospital General de Lleida, atribuïda a un apotecari pel fet d'haver-li donat les medecines sense l'obligada prescripció mèdica[1].
L'estudi detallat d'aquests quatre casos ens ha demostrat quines eren les característiques del peritatge, i quin era el seu lloc dins de l'estructura general del procés judicial.

LA PRIMITIVA ESTRUCTURA DEL PROCÉS JUDICIAL EN QÜESTIONS DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

L'anàlisi dels quatre casos inclosos en el període de temps que va des de l'any 1399 fins a 1486 ens ha demostrat que els assumptes de responsabilitat sanitària resolts pels tribunals de justícia eren una realitat en el nostre país, i que la funció pericial mèdica era un element integrant habitual en la resolució d'aquests problemes. Al mateix temps, aquesta anàlisi ens ha permès conèixer com era l'estructura del procés judicial per a resoldre qüestions de responsabilitat, que seguidament passem a descriure.
L'escrit de tot el procés es componia de quatre parts: el "pervench a audiència o a notícia", la confessió del terapeuta inculpat, les declaracions (dels testimonis i dels perits) i la sentència.

El pervench a audiència o a notícia

Aquesta era la primera part de l'escrit del procés. La seva finalitat era simplement comunicativa, en el sentit d'assabentar el tribunal de justícia, integrat pel cort i pels pahers del motiu de la queixa o clam de la part perjudicada. S'hi feia constar la data i, sobretot, la descripció breu o concisa del fet objecte de la queixa. A vegades aquesta part del procés era oblidada per l'escrivà, que començava directament per les declaracions.
Coneguda la notícia, el tribunal iniciava la inquisició o investigació de la mala praxis. Ho feia sempre directament, sense disposar d'informes pericials previs de caràcter sanitari sobre el dany corporal objecte de la queixa, tal como se sol fer actualment, que prèviament al judici oral ja queden establerts, mitjançant els corresponents informes pericials, els punts principals que seran objecte de discussió i judici. Simplement el procés començava directament per la confessió del terapeuta inculpat, i seguia amb les declaracions dels testimonis, etc.

La confessió del terapeuta inculpat

Aquesta part del procés era llarga i complexa, i consistia en l'interrogatori detallat que el tribunal feia al terapeuta inculpat de la mala praxis. El contingut era "el que deia" subjectivament l'inculpat, ja que no "aportava" cap document escrit i objectiu de la seva activitat terapèutica sotmesa a judici, tal com succeeix actualment amb l'aportació de la història clínica del malalt, i que més endavant analitzarem *in extenso*.
Per tant, en base "al que deia" i no "al que aportava" el terapeuta, el tribunal s'assabentava dels detalls de fet. El contingut essencial d'aquesta part del procés era, com fàcilment s'endevina, un seguit de descàrrecs de responsabilitat de l'inculpat, una contínua i constant autodefensa fins on li era possible. En realitat era una part eminentment plena de subjectivitat, on el terapeuta s'exculpava generalment dient que havia intervingut per caritat, que el malalt havia incomplert el tractament prescrit, que la malaltia era molt greu, que l'estat anterior del malalt era molt crític, que els medicaments utilitzats eren fluixos o, si més no, que la preparació i graduació dels medicaments no era l'adequada, etc.

Les declaracions dels testimonis

Era l'interrogatori que el tribunal feia a totes aquelles persones que pel motiu que fos podien conèixer detalls relacionats amb la qüestió de responsabilitat sanitària sotmesa a judici. En general solien respondre a preguntes del tribunal sobre la vida i les peripècies del malalt en el seu entorn vital, els seus

*Acadèmic corresponent. Metge forense.

costums, la seva higiene, i sobretot el seu grau de compliment dels consells i indicacions mèdiques, és a dir, si les seguia fidelment o no en feia cap cas. Tot això influiria en la valoració de la relació metge-malalt i per tant en la mala praxis.
El seu contingut de fons era en part idèntic al de la confessió del terapeuta inculpat que acabem descriure, és a dir que comprenia "el que deien" subjectivament els testimonis, però s'hi afegia en ocasions "el que aportaven" o podien aportar objectivament. Aquesta segona part, és a dir, "el que aportaven", podia tenir una extraordinària importància de cara a l'aclariment de punts essencials de la mala praxis. Per exemple, com hem vist en el cas de 1407, si el testimoni era un apotecari, podia aportar la recepta que havia fet el terapeuta inculpat, d'aquesta manera el tribunal adquiria un document objectiu de caràcter sanitari, el qual podia confirmar o desmentir un error de tractament com a causa de la mala praxis al·legada.
La recepta ha estat el primer document de caràcter mèdic i legal, deixant a part les declaracions en si, que hem trobat en el curs de la recerca de qüestions de responsabilitat sanitària.

Les declaracions des perits o peritatge

Aquí arribem a la part essencial del procés des del punt de vista mèdic i legal. Els elements en els quals es fonamentava el peritatge, és a dir, les fonts que utilitzaven els perits per arribar a les seves conclusions, tenien un doble origen: la confessió del terapeuta inculpat i l'examen directe del malalt perjudicat (en el cas que l'èxitus no hagués estat *letholis*).
La demostració de l'ús de la primera font, és a dir, de la confessió del terapeuta inculpat, la trobem clarament documentada en el contingut escrit del procés de l'any 1399, quan el tribunal, una vegada escoltada la confessió d'aquest terapeuta inculpat, "fa justar en la casa de la paheria" els perits cirurgians, amb la finalitat que una vegada "entesa la confessió" de l'inculpat "declarin" si la seva activitat terapèutica per a guarir el malalt ha estat o no l'adequada.
L'altra font, la de l'examen directe del malalt, tenia sempre la mateixa finalitat: determinar amb la mateixa exactitud possible la conseqüència material de la mala praxi al·legada sobre l'organisme del perjudicat, és a dir, la seqüela i el seu pronòstic. Aquest examen tenia lloc al final del procés, moltes vegades molt temps després que s'iniciés, i podia ser demanat directament pel tribunal, o a requesta del malalt o els seus familiars.
El contingut d'aquesta segona font s'inclou en el context o cos unitari de la lletra del procés, a continuació de les anteriors declaracions dels testimonis, separat per un simple punt i a part. Efectivament, el procés que hem utilitzat com a model de l'any 1399 s'inicià el 3 de juny, i la petició del malalt per a ser peritat per personal sanitari tingué lloc el 7 d'octubre del mateix any. Això explica que el tribunal respectava el *cursus morbi* del perjudicat abans de dictar sentència, la qual era pronunciada quan ja quedava definitivament establert l'*èxitus* de la malaltia, bé fos en forma de *vita deficiens* o d'*èxitus letholis*.
El contingut del peritatge en si sempre consistia, independentment de la categoria dels perits, metges, cirurgians, barbers, etc., en una crítica del diagnòstic que havia fet el terapeuta inculpat, i després del tractament que havia prescrit. Moltes vegades aquesta crítica la fonamentaven amb al·lusions de cànons d'autoritats clàssiques de la medicina, sobretot d'Hipòcrates i Galè, com queda demostrat adequadament en el procés de l'any 1407, en què els metges "trameteren per libres i allegaren sos cànons del Ypocras sobre lo dit fluix i sobre un cànon que allegà mestre Johan, dix mestre Francesch: No, aquex, no, sinó l'altre! I sobre açò, dix un mestre alamany que stà ab mestre Francesch, a mestre Johan: Per corpus Dey, vos allegatis canonem falsium!" En general, la crítica era desfavorable, o almenys molt contovertida, i per tant perjudicial per al terapeuta inculpat.
Els raonaments dels perits, en principi, estrictament tècnics, s'ampliaven també a base de consideracions de caràcter més moral, com per exemple l'atribució de l'error a la ignorància, com es comprèn pel següent paràgraf del peritatge de 1399: els perits declaren "que la dita na Ginera no havie hauda conexença de la dita malautia, car en tota medicina no ha malautia qui haie nom polit, i aquella és que·s fa comunament en lo nas i no en altre loch".
La part més definitiva del peritatge era l'emissió del judici de causalitat entre els errors atribuits a l'inculpat i el dany ocasionat al malalt. Normalment, aquesta part de l'informe pericial era escarida i concreta. Així, en el procés model de 1399, davant la pregunta del cort sobre la idoneïtat del tractament, "los dits metges responeren que les coses posades a la dita malaltia eren impertinents a aquella". Amb aquesta resposta tan concreta quedava resolt el punt clau del peritatge, és a dir, la confirmació en llenguatge no tècnic de la relació de causalitat positiva entre l'error de tractament i la seqüela del malalt.

ANTECEDENTS PRÒXIMS DEL PERITATGE EN QÜESTIONS DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

En l'epígraf precedent hem demostrat quina era l'estructura del procés judicial primitiu per a averiguar i resoldre qüestions de responsabilitat sanitària. Totes les parts d'aquesta estructura -el pervench a audiència o a noticia, la confessió del terapeuta inculpat, les declaracions dels testimonis i les declaracions dels perits o peritatge- tenien la seva importància, i era amb el conjunt de totes aquestes parts del procés, és a dir, amb les dades aportades individualment per cadascuna, amb què el tribunal de justícia obtenia els elements de convicció necessaris per a dictar la sentència corresponent.
Si ens aturem en aquest punt per a reflexionar, ens adonarem que la majoria de les dades obtingudes a partir de cadascuna

de les citades parts del procés tenia un percentage molt elevat de subjectivitat, pel fet que hi jugaven interessos de la més variada naturalesa, com succeeix en qualsevol tipus de procés judicial, en què totes les persones implicades, siguin de la defensa o de l'acusació, volen la raó. Per això, hem volgut deixar clara la diferència entre les parts "que deien" i el que "aportaven". Hem insistit particularment en aquesta diferència, en la part del procés corresponent a "les declaracions dels testimonis", i no hem fet precisament perquè ha estat aquí on ens hem trobat, per primera vegada, amb l'aportació d'un apotecari que actuava de testimoni de la "recepta" prescrita pel metge inculpat de l'agreujament del malalt per error de tractament. El tribunal, per tant, podia disosar ja d'un document escrit i objectiu, la recepta, que no podia donar lloc a discussions.

L'altre punt important per la seva càrrega d'objectivitat pertany a la part del procés corresponent a les "declaracions dels perits", és a dir, al "peritatge en si", sobretot les dades que els perits obtenien de "l'examen directe del malalt", amb la finalitat de determinar l'estat material en què havia quedat el seu organisme, o bé el seu estat funcional, com a conseqüència de la mala praxi al·legada pel mateix perjudicat o pels seus familiars. Aquest examen del malalt, els perits el feien amb la màxima objectivitat possible, tant per salvar la seva dignitat professional com pel fet que un estat residual, una seqüela, és difícil d'amagar encara que es vulgui.

Arribats a aquest punt poden ja introduir el "concepte d'objectivitat" com a element imprescindible en processos de responsabilitat sanitària, sobretot en la part corresponent a la declaració dels perits. Un peritatge necessita disposar d'elements objectius si es vol enfocar correctament.

No hem seguit, però, la mateixa línia d'investigació, a base de la consulta de processos judicials, ara dels segles XVI i XVII, per tal de descobrir nous elements d'objectivitat del peritatge. D'una banda, probablement, l'estructura dels processos judicials dels segles XVI i XVII, per a la inquisició dels problemes de responsabilitat, seguiria essent la mateixa que la primitiva dels segles anteriors XIV i XV. I, de l'altra, entrem ja en l'època del naixement dels primers tractats de medicina legal com a ciència independent. Per això hem cregut oportú enfocar la recerca des de la bibliografia mèdica i legal. La realitat, però, és que ha estat poca l'aportació d'autors del nostre país, que eren els que teníem més a l'abast.

Però el camí explorat, si bé no ha estat quantitativament ric en troballes, ens ha aportat algun element d'objectivitat nou: "la història clínica". En aquest sentit, Gabriel Tourdes (1810-1900), successor de Fodéré en la càtedra d'Estrasburg (1840) i coneixedor dels antecedents de la medicina legal, tractant de "l'expertise en matière de responsabilité médicale" (1876), deia que els elements de prova utilitzats pels tribunals de justícia en assumptes de responsabilitat mèdica eren proporcionats "per la queixa, pels testimonis, per les respostes del metge incriminat, per l'examen del malalt i per l'autòpsia". I que abans de tot feia falta, com ja havia reconegut Fortunatus Fidelis, "reconstruir una història completa de la malaltia". I continuava dient que "a Alemanya es demana freqüentment a l'inculpat la relació escrita del fet, i que després és completa amb un qüestionari". Tourdes havia conegut aquest criteri de Fortunatus Fidelis (1551-1630) a partir del tractat d'aquest metge legista del Renaixement italià "De relationibus medicorum. lib. II, sect. 8. De erroribus eorum qui faciunt medicinam", publicat per primera vegada a Palerm l'any 1602[2].

Aquesta "necessitat de la reconstrucció de la història completa de la malaltia", posada de manifest per Fidelis l'any 1602, ens demostra que en aquell temps, almenys teòricament, ja es parlava, des del camp de la medicina legal, de la importància de la història clínica aplicada a la resolució de qüestions de responsabilitat; i com continuava dient Tourdes, en el seu temps, és a dir, a l'últim quart de segle XIX, a Alemanya es demanava freqüentment al metge inculpat "la relació escrita del fet".

Som, doncs, primer teòricament al començament del segle XVII i, després ja en el terreny de la pràctica, a finals del segle XIX, a les portes de l'actualitat, on la història clínica serà el gran indicador de la mala praxi.

Però, a començaments del segle XVII, quina història de la malaltia podia aportar al tribunal de justícia un metge inculpat d'un error de tractament? Segurament no la història que havia escrit durant el procés de la malaltia, ja que probablement els metges comuns no deixaven constància escrita del *cursus morbi* mentre estaven assistint el malalt, com es fa actualment. Per tant, la història de la malaltia, en sentit fidelià, seria una reconstrucció d'aquesta malaltia *a posteriori*, amb finalitat forense, i no l'aportació al tribunal de justícia del document patogràfic que el metge inculpat havia escrit mentre estava visitant el malalt, tal com es fa actualment.

És cert que, d'històries cliniques, n'hi ha de publicades en els tractats dels grans metges des de l'antiguitat. Solament cal recordar les històries hipocràtiques dels llibres I i III de les *Epidèmies*, els *Consilia* de l'Edat Mitjana a partir del segle XIII, les *Observatio* del Renaixement, etc. que eren col·leccions de patografies destinades a l'ensenyament. Però, de la medicina pràctica diària dels nostres pobles, no hem trobat històries escrites anteriorment al segle XIX. És probable que no és fessin habitualment, o bé que s'hagin perdut, en no formar part d'arxius de caràcter públic. Els documents antics de tipus mèdic que hem trobat, deixant a part les anotacions *sui generis* que acostumaven a fer alguns rectors parroquials dels segles XVII i XVIII, han estat els documents "obligatoris" que els metges escrivien a requesta de les autoritats sanitàries en temps d'epidèmia, o de les autoritats judicials per motius delictius.

SITUACIÓ ACTUAL

El peritatge en els casos de la valoració de la mala praxis és dels més difícils i delicats de la medicina legal. Els elements

principals per a la indagació de les deficiències en l'assistència mèdica són proporcionats pel contingut del clam o queixa que ha fet el malalt o els seus familiars, sovint impregnat d'exageració o d'injustícia; per les declaracions dels testimonis, per les respostes del personal sanitari incriminat, per l'examen del malalt, i sobretot pel contingut de la història clínica.

La part percentualment més important del conjunt d'aquests elements de valoració, i que correspon a la tasca del metge forense, és sens subte la història clínica, l'estudi de la qual ens permetrà descriure l'activitat dels sanitaris implicats en el procés judicial. A més, la pràctica de la història clínica, que havia vingut essent un costum hospitalari habitual, almenys des de començaments del segle XIX, actualment arrel de la Llei General de Sanitat de 1986, s'ha convertit en un precepte legal obligatori que l'enllaça directament amb la responsabilitat sanitària en un doble sentit: primer, l'obligació de fer-la, i per tant si no es fa s'està lesionant un dret del malalt, del qual en pot també sortir lesionat el sanitari (públic o privat) que ha deixat de fer-la; i segon, l'obligació de fer-la bé, que vol dir, en realitat, que un dia qualsevol aquesta història pot ser demanada per un tribunal, amb la finalitat d'examinar la persona o les persones que l'han realitzat.

El pas següent a la descripció del contingut de la història serà ja determinar, amb la màxima exactitud possible, si el procediment o l'activitat duta a terme pel sanitari o pels sanitaris inculpats del perjudici del malalt s'ha adaptat, completa o parcialment, o bé no s'ha adaptat gens a les normes dictades per la *lex artis* o l'experiència.

Aquests peritatges no han de valorar mai el que s'hagués pogut fer en un cas concret per a guarir el malalt, sinó el que s'ha fet realment; i, sobretot, no han de fonamenar les seves conclusions en hipòtesis o suposicions, fet bastant freqüent en un terreny on intervenen també perits de la defensa i de l'acusació. Per exemple, atribuir un sofriment fetal durant el treball de part a la suposada injecció d'un oxitòcic, fet que no constava a la història clínica, sinó en la imaginació del perit de l'acusació, en realitat pel sol fet de fer quadrar les coses al seu favor, i en contra del metge inculpat.

Si se segueix aquesta norma equivocada de fer cas a les sospites més que a la realitat freda i exacta del contingut de la història, el judici oral posterior es pot convertir en una autèntica trinca, que pot ser que guany no el perit competent, imparcial i de bona fe, sinó l'adversari més expert en l'art de la discussió i de la improvisació davant les preguntes dels lletrats i del tribunal, amb el conseqüent perjudici per al metge acusat o per al malalt perjudicat.

Amb això vull dir que s'hauria de prohibir, si cal fins si tot amb la llei a la mà, el nefast costum de les opinions contradictòries sobre un mateix fet mèdic. La medicina científica actual, per essència, hauria d'admetre solament una solució vàlida o com a màxim tan sols unes poques solucions vàlides i semblants, dins d'uns límits estrets i prudents.

En part, arran de l'excés d'aquests peritatges contradictoris, s'estan ideant, i fins i tot imposant, mètodes dràsticament objectius per a determinar els dèficits de l'assistència mèdica. Són els anomenats protocols o indicadors de la praxi normal, que tant agraden a les noves generacions de jutges i als bioètics dels hospitals. Als primers, perquè els protocols els poden proporcionar una solució fàcil i còmoda a sentències en general difícils; i als altres, als bioètics, perquè segons ells els protocols influeixen molt en els actes de conciliació previs al judici, que és on es decideix la continuació o la retirada de moltes demandes: si s'ha seguit el protocol, la queixa es retira, i si no es continua el procés judicial en marxa.

És possible que d'aquí a pocs anys, els protocols clínics en relació amb la responsabilitat segueixin el mateix camí que els barems respecte de la puntuació de les seqüeles de les lesions, i que com aquests acabin convertint-se en llei obligatòria (Llei d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, de 1995). Potser això succeiria si els processos per responsabilitat fossin molt nombrosos, com en el cas de les lesions, tant freqüents actualment a causa sobretot dels accidents de trànsit.

De moment, però, les coses no funcionen així, i ara per ara els protocols no passen de ser una prova complementària més dintre de tot el procés judicial i de la història clínica en particular.

LA RECONSTRUCCIÓ FORENSE DE LA HISTÒRIA CLÍNICA I DE LA DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA

Dèiem abans, quan estudiàvem els antecedents remots del peritatge, que el perit utilitzava dos fonts principals per fer el peritatge: el contingut de la confessió del terapeuta inculpat i l'examen directe del malalt perjudicat. Respecte de la primera font, l'autèntic avanç actual respecte del passat ha estat que el terapeuta inculpat no solament "pot dir el que pensa sobre la seva actuació", com succeïa en el passat, sinó que obligatòriament "ha d'aportar la història clínica que ha escrit amb la seva pròpia mà". Per tant, el perit ja disposa d'un "document objectiu" que li facilitarà molt la tasca respecte a èpoques passades. Si Tardieu, en el segle XIX, parlant d'aquests peritatges, ja deia que les dificultats en què es trobava el perit eren més aparents que reals, avui podem dir que ja no hi ha dificultats.

Abans de descriure l'estudi de la història des del punt de vista forense, és convenient aclarir algunes dificultats que es poden presentar a l'inici mateix del peritatge. Des de sempre, un peritatge ha de respondre a "qüestions concretes i exactes que d'una manera textual fa el magistrat". Però avui dia, probablement per l'acumulació de feina dels jutjats, o bé perquè un cas de responsabilitat sanitària és sempre difícil, habitualment no és el jutge el que comunica al perit amb exactitud i precisió el que vol saber sobre l'assumpte a l'inici del procés. Aquesta funció, atípicament, la fa l'advocat de l'acusació directament amb un qüestionari mèdic *sui generis* que el perit es troba a

les diligències. El jutge simplement es limita a donar-li la història clínica, i no concreta res perquè realment no sap el que ha de preguntar. La conducta que ha de seguir el perit, davant de tant irregular situació, és no respondre el qüestionari del lletrat, sinó començar de zero i, en base al contingut de la història, dirigir des d'un principi tota la investigació. És mala pràctica respondre a cada un dels punts dels qüestionari ideat per l'advocat de l'acusació, ja que el pensament de l'home de dret, a part de parcial en aquest cas perquè acusa el metge inculpat, està mancat dels més elementals principis mèdics per a poder posar un qüestionari adient. Per tant, és aconsellable que el perit expliqui el que realment ha passat a base de l'anàlisi detallada de la història i d'altres proves complementàries que al seu criteri precisi i que té el dret de demanar.

Les històries clíniques hospitalàries actuals es componen d'una sèrie de documents descriptius, independents i interrelacionats alhora, que amb diferents tipus de fulls (d'exploració, de diagnòstic, de seguiment, de tractament, etc.) tenen les següents finalitats: la descripció de la identitat del malat i del seu entorn sociofamiliar; la descripció dels antecedents remots que hagin pogut influir com a concauses en la malaltia actual; la descripció de l'origen o moment en què s'inicià la malaltia actual; la descripció de l'estat del malalt des que s'ha iniciat la malaltia fins al moment en què és explorat pel metge; la descripció del judici diagnòstic inicial; la descripció detallada de l'evolució horària i diària de la malaltia fins que tingui lloc el seu acabament en una de les tres formes clàssiques: *restitutio ad integrum, vita deficiens, exitus lethalis*, i la reflexió epicrítica, que consisteix en un comentari correlacionant tot el contingut anterior.

Amb tota aquesta documentació descriptiva aportada per la història, a més dels altres documents mèdics (informes, comunicats, certificats, etc.) produïts durant el procés judicial i les declaracions de les persones implicades, que consten totes a les diligències prèvies, el metge forense reconstruirà *a posteriori* l'activitat assistencial, diària i horària, objecte del peritatge. I després valorarà el grau d'adaptació d'aquesta activitat a la *lex artis*, el que li permetrà fer un judici de causalitat entre la mala praxi al·legada i l'èxitus de la malaltia, sempre que hagi estat perjudicial pel malalt.

Naturalment, hi ha moltes formes de reconstrucció forense d'aquesta activitat diària i horària, cadascuna de les quals donarà lloc a la corresponent estructura del peritatge. Jo proposo el següent esquema tripartit, perquè crec que s'adapta alhora a la realitat clínica i a la documental: aquest esquema consisteix en l'estudi dels documents mèdics i legals anteriors, coetanis i posteriors a l'activitat assistencial objecte de valoració forense.

Documents anteriors a l'activitat assistencial

En la història clínica, en moltes ocasions hi consten dades patològiques anteriors a l'activitat assistencial que estem analitzant des del punt de vista de la mala praxis. Aquests antecedents, els trobem sempre que el malalt hagi estat en ocasions anteriors en contacte amb l'hospital, com per exemple internaments, parts, intervencions quirúrgiques, assistències urgents, etc. Serà important analitzar-los bé, perquè els antecedents clínics d'un malalt poden influir en la seva situació actual, i per tant en la conducta a seguir dels sanitaris que l'atenen. Per exemple, una dona sistemàticament problemàtica en les seves gestacions alertarà al tocòleg encarregat d'assistir el part actual. És important insistir en aquest punt, perquè a vegades aquestes dades anteriors no consten a la història clínica, o bé les trobem incompletes i insuficients. Els hospitals han de tenir cura d'aquests detalls perquè no es perdi cap dada. Recordo el cas d'una gestant que va atribuir al tocòleg la hipòxia del nadó. L'acusació fomentà la mala praxi en l'existència d'anteriors parts problemàtics que no s'havien considerat, i que constituïen factors de risc. No van aparèixer en la història aquests parts, i aquest fet va impedir la valoració forense objectiva.

Documents coetanis a l'activitat assistencial

Aquests documens clínics de la història del malalt són molt importants perquè reflecteixen precisament l'activitat assistencial que s'està valorant, és a dir, l'activitat objecte de la mala praxi al·legada, en el moment present i no en el temps passat, com en el cas anterior.

Aquesta documentació la subdividirem en dues parts qualitativament diferents, però molt interrelacionades, ja que el contingut de la segona, constituït pels que anomenem documents secundaris, dependrà en bona part del de la primera, formada pels documents primaris o directes.

A. Documents primaris o directes, o pròpiament dels actes mèdics. Són documents que es van redactant mentre succeeixen o passen els fets clínics, generalment sense aturar-se a pensar o reflexionar. Simplement reflecteixen en el que està passant en l'organisme del malalt, o el que aquest malalt està relatant, en el mateix moment en què el sanitari ho està observant. En realitat constitueixen comentaris purament descriptius dels nous esdeveniments clínics que el terapeuta, moment a moment, va anotant durant el transcurs de l'acte mèdic. Per exemple, es va assistint el part, la llevadora va escrivint els centímetres de la dilatació i la freqüència dels batecs cardíacs fetals resultat de l'exploració física; o bé, com a resultat de l'interrogatori clínic que està fent al malalt, el metge apunta els símptomes que va descobrint, etc.

Aquest relat de la situació present, que en el fons és el que constitueix tota aquesta documentació clínica primària, té una triple importància:

1. D'una banda, ens revela si tot allò que ha deixat anotat el sanitari s'adapta a les recomanacions de la *lex artis*, i quin ha estat el nivell d'aquesta adaptació. Això adquireix particular importància en el cas de les exploracions, més que en el de

l'interrogatori clínic, ja que les exploracions generalment estan més objectivament descrites en els tractats específics de les diverses matèries. Seguint l'exemple anterior, els tractats d'obstetrícia recomanen que durant el part el batec cardíac fetal, en el cas de no estar monitoritzada la gestant, s'ha de controlar cada deu minuts durant el període de dilatació. Si el contingut del full del curs del part ens indica que aquest control s'ha fet cada dues hores, s'ha apartat molt de les recomanacions o consells mèdics, etc.

2. Hi ha diagnòstics que solament són possibles si l'exploració del malalt s'ha fet bé i en el moment que toca. Per molt bo que hagi estat l'interrogatori del pacient, una taquicàrdia fetal aïllada s'ha de confirmar explorant la gestant en el mateix moment en què aquest trastorn del ritme cardíac succeeix. Hi ha errors de diagnòstic i, fins i tot, manca d'aquest diagnòstic, precisament per no haver seguit aquestes recomanacions o normes.

3. Dèiem abans que tota aquesta documentació reflectia una situació present, que el sanitari sol anotar sobre la marxa, és a dir, sense parar-se a reflexionar. Precisament aquesta espontaneïtat imprimeix al document un caràcter de veracitat, sense gairebé possibilitat pràctica de manipulació intencional, la qual cosa dóna al document bastant interès mèdic i legal, ja que l'allunya de qualsevol intent de simulació, al contrari dels documents que analitzarem després, on aquesta simulació pot ser present amb més facilitat.

Des d'un punt de vista més pràctic, situant-nos ja en el terreny de la tasca forense, hi ha dos punts en relació als documents primaris que voldria fer constar:

1. En la valoració de la mala praxi té força importància l'anomenat en molts models d'històries clíniques "full de seguiment d'infermeria". La raó és ben senzilla: les infermeres, tradicionalment, han estat en general més meticuloses que els metges i cirurgians a l'hora d'anotar per escrit les ordres mèdiques i tot el que va succeint al malalt, moment a moment. Recordo el cas d'una infermera que a altes hores de la nit comunicà al cirurgià de guàrdia que el malalt estava molt neguitós a causa dels dolors abdominals, que no li cedien amb el tractament ordenat. Acte seguit, la mateixa infermera anotà que per telèfon el cirurgià li va prescriure un analgèsic més potent que el que estava prenent. A les poques hores el malalt moria sense haver estat visitat per l'esmentat cirurgià. La mala praxi ja la tenim sobre la taula com fàcilment es comprèn.

En els hospitals que disposen d'un servei d'assessoria jurídica, quan el jutge els demana la història clínica per a valorar la mala praxi al·legada, l'advocat que defensa l'hospital normalment tramet al jutjat els fulls del curs clínic de la història i, si el jutge no reclama res més, aquí s'acaba tota la possibilitat d'investigació de la veritat. Però, si el lletrat de la part contrària és molt competent en aquest terreny de la responsabilitat sanitària, demanarà també els fulls de seguiment d'infermeria, perquè sap que acostumen a ser rics en informació reveladora de conductes del personal sanitari.

2. En aquests documents primaris, el metge forense s'ha de fixar bé en les signatures, és a dir, si estan o no signats, o bé si la signatura es llegible o il·legible, etc. I això sobretot per tal d'evitar l'haver d'escriure en el peritatge locucions com les següents: "document no signat, encara que la lletra és compatible amb la de tal o tal doctor", o bé, "signatura il·legible, però probablement corresponent a la del Dr..., perquè s'assembla a les de les pàgines... de les diligències prèvies". Aquestes expressions queden molt malament, però des del punt de vista forense no es poden ometre.

B. Documents secundaris o indirectes, o immediats als actes mèdics. Aquests documents són sempre posteriors a l'acte mèdic que s'està valorant com a possible causa de mala praxi, però són molt pròxims a aquest acte, de les hores o dies següents. Generalment es redacten els dies següents, quan ja es dóna per finalitzat l'internament i el malalt por anar-se'n a casa. Són documents on es fa constar què ha passat al malalt, i no què li està passant com en els anteriors. El seu contingut s'ha de basar ineludiblement en els documents primaris, que eren purament descriptius, però ara s'hi afegirà ja un element de reflexió, de pensament i d'anàlisi de què i per què va passar. Són per tant documents menys espontanis, més elaborats que els anteriors. En realitat demostren com el cas clínic del malalt concret al qual es refereix la història coincideix amb la descripció que els tractats oficials fan de la malaltia específica diagnosticada i del seu tractament.

Des del punt de vista forense, la manca d'espontaneïtat que regeix la redacció d'aquesta documentació fa que hi hagi la possibilitat teòrica de manipulació intencional, en el sentit de fer quadrar bé les dades perquè tot sembli correcte i no comprometi el metge o el personal sanitari que l'ha redactat. Salvada aquesta possibilitat, que d'altra banda crec excepcional, aquests documents acostumen a ser un bon indicador global del nivell assistencial, sempre que el seu contingut estigui correctament correlacionat amb el dels documents primaris analitzats abans. Precisament una de les funcions del peritatge serà l'estudi d'aquesta correlació entre documents primaris i secundaris.

Aquests documents secundaris o indirectes estan constituïts fonamentalment pels tradicionals informes d'alta hospitalària que es donen al malalt i per la clàssica reflexió epicrítica de la història clínica.

Documents posteriors a l'activitat assistencial

Aquesta documentació, generalment molt posterior a la data del fet que s'està valorant, s'escapa ja en bona part del contingut de la història clínica estricta, i està constituïda per les declaracions judicials del personal sanitari implicat en el procés, i per tots els altres documents que puguin tenir interès per a la resolució del cas: informes dels directius de l'hospital afectat sobre l'estat dels aparells disponibles, instal·lacions, etc. També s'inclouen aquí els documents mèdics aportats per la defensa i l'acusació, i tots els altres escrits que puguin

interessar. En conjunt tota aquesta informació constitueix la que anomeno documentació complementària de la història clínica, com ho he deixat indicat en l'epígraf corresponent.
Com es comprèn, tots aquests documents exigeixen una valoració diferent a la dels anteriors, ja que són molt posteriors al fet que s'analitza. A vegades ja han passat anys d'aquests fet. En realitat, no deixen de ser una història del que va succeir, i com a tal història pot estar impregnada de subjectivitat, al servei del record, sotmès com és natural al caprici de la memòria, en ocasions plena d'imprecisions involuntàries o voluntàrires i interessades.
Hem de destacar aquí sobretot les declaracions davant el jutge, prèvies al judici oral, les quals sempre són molt delicades quan el declarant és el mateix metge a qui s'imputa la mala praxi. El metge s'hauria d'haver estudiat molt detalladament el contingut de la història clínica, la qual ja està dipositada al jutjat. Recordo el cas d'un tocòleg al qual l'acusació atribuí les greus seqüeles cerebrals del nadó consecutives a la hipòxia neonatal. Al cap de gairebé quatre anys fou cridat a declarar davant el jutge. Va confessar que la mare havia estat completament controlada durante el treball del part, i que no havia existit cap tipus de sofriment fetal, el qual segons el seu criteri es produí durant l'expulsió. En comparar aquesta declaració amb el contingut escrit del full del curs del part, es va veure que durant les tres hores que durà el part es va auscultar el batec cardíac fetal dues vegades, quan el que recomanen els tractats especialitzats, en el cas que la partera no estigui monitoritzada, és que aquest control es faci cada deu minuts. Aquestes dades tan objectives s'han de tenir sempre en compte, ja que no es poden amagar. Perquè no s'ha d'oblidar mai que una part important de la valoració forense es basarà en els coneixements continguts en els tractats seriosos sobre la matèria en qüestió, que en el terreny de la responsabilitat no són res més que indicadors de la *lex artis*.
Per tot això, és molt important que el metge inculpat s'assessori bé de com ha d'enfocar la seva declaració judicial. Una regla essencial és que el que declari sigui perfectament compatible amb el que en el seu dia el mateix metge va deixar escrit a la història.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Camps Surroca M, Camps Clemente M. Las denuncias contra los terapeutas y su valoración por los tribunales de justicia (siglos XIV-XV). Lleida: Orfila 7, 1995; 231-260.
2. Tourdes G. Responsabilité Médicale. Dict. Encycl. des Sciences Médicales (3a. série), 1876; 3: 645-688.

EL PERITATGE EN MATÈRIA DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

Es fa un repàs en la història de les característiques del peritatge i del seu lloc dins del procés judicial. L'estructura primitiva es basava en quatre parts: el "pervench a audiencia o a noticia", per mitjà del qual el tribunal de justícia coneixia el motiu de la queixa; la confessió del terapeuta inculpat; les declaracions dels testimonis; les declaracions dels perits, basades en la confessió de l'inculpat i en l'examen directe del malalt perjudicat, en cas que no hagués mort, i per últim, es dictava la sentència. Amb el pas dels segles, s'ha intentat descobrir elements que aportessin una objectivitat superior al peritatge, entre els quals cal destacar l'aparició de textos i tractats de medicina, inclosos els de medicina legal, i la importància creixent, des de finals de segle XIX, de la història clínica. Avui dia, l'estudi de la història clínica constitueix la part percentualment més important de la valoració mèdica i legal, ja que el seu estudi permet de descriure l'activitat dels sanitaris implicats en el procés judicial. El pas següent serà comprovar si l'actuació del sanitari s'ha adaptat a les normes dictades per la *lex artis* o experiència; aquestes normes es condensen avui dia en els protocols clínics, documents que influeixen en els actes de conciliació previs al judici però que, de moment, només constitueixen una prova complementària dins del procés judicial. El perit ha d'estudiar tant els documents anteriors a l'activitat assistencial (ingressos previs, intervencions quirúrgiques, història d'al·lèrgies) com els coetanis, que se subdivideixen en primaris o directes relatius als actes mèdics) i secundaris o indirectes (posteriors a l'acte mèdic).

EL PERITAJE EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

Se hace un repaso en la historia de las características del peritaje y de su lugar dentro del proceso judicial. La estructura primitiva se basaba en cuatro partes: el "pervench a audiencia o a noticia", mediante el que el tribunal de justicia conocía el motivo de la queja; la confesión del terapeuta inculpado; las declaraciones de los testigos; las declaraciones de los peritos, basadas en la confesión del inculpado y en el examen directo del enfermo perjudicado, caso de que no hubiera fallecido, y por último, se dictaba la sentencia. Con el paso de los siglos, se ha intentado descubrir elementos que aportaran una mayor objetividad al peritaje. Entre ellos cabe destacar la aparición de textos y tratados de medicina, incluidos los de medicina legal, y la importancia creciente, desde finales del siglo XIX, de la historia clínica. Hoy día, el estudio de la historia clínica constituye la parte porcentualmente más importante de la valoración medicolegal, ya que su estudio permite describir la actividad de los sanitarios implicados en el proceso judicial. El paso siguiente será comprobar si la actuación del sanitario se ha adaptado a las normas dictadas por la *lex artis* o experiencia; estas últimas se condensan hoy día en los protocolos clínicos, documentos que influyen en

los actos de conciliación previos al juicio pero que, de momento, sólo constituyen una prueba complementaria dentro del proceso judicial. El perito debe estudiar tanto los documentos anteriores a la actividad asistencial (ingresos previos, intervenciones quirúrgicas, historia de alergias) como los coetáneos, que se subdividen en primarios o directos (relativos a los actos médicos) y secundarios o indirectos (posteriores al acto médico).

GIVING EXPERT MEDICAL TESTIMONY

The history of the expert medical witness's role in the legal process is reviewed. The basic structure of proceedings comprised four parts. First were preliminary hearings, in which the court discovered the reason for the complaint. Then came the declaration of the accused physician. Third came testimony by witnesses and by medical experts who based their statements on the plea of the accused and on direct examination of the victim if still alive. Finally, a sentence was pronounced. As centuries passed, ways of assuring greater objectivity from expert witnesses were sought. Medical texts and treatises, including some on forensic medicine, appeared. Then, towards the end of the nineteenth century the case history began to play an important role. Today the greatest emphasis is placed on studying the patient's case history, given that it permits assessment of whether the care provided was in accordance with published guidelines or usual practice as summarized by clinical protocols, which influence pretrial conciliation but at present can only be admitted complementary evidence during the trial itself. The medical expert must study records from the period preceding the medical act in question (prior admissions, surgical procedures, history of allergies) as well as those written in reference to the act itself, and which may be either primary or direct (relative to the medical act) or secondary or indirect (posterior to the medical act).

A TALL DE CONCLUSIONS

Jacint Corbella i Corbella

1. El tema de les reclamacions, per possible mala praxi mèdica, o senzillament per un resultat negatiu, tot i que amb una praxi correcta, és un fet que va augmentant, de manera que arriba a preocupar a alguns estaments de la societat, principalment el col·lectiu sanitari. L'Acadèmia es fa ressò d'aquesta preocupació i en aquest, i en un altre col·loqui anterior, recull opinions de persones coneixedores del tema i vol expressar el seu punt de vista.
2. Un punt que sembla prou important, que cal recollir, és que quan hi ha una reclamació, se sol percebre l'existència d'un descontentament respecte a diversos punts, principalment la manca d'informació suficient sobre els fets i algunes vegades un tracte personal que els afectats no han considerat correcte. Aquest és un punt en el que cal insistir si es vol fer una profilaxi de les reclamacions.
3. S'observa també, amb una certa freqüència, una incertesa sobre els resultats de la reclamació. Això deriva de circumstàncies atribuïbles al procediment: durada excessivament llarga, diferències d'opinions entre diversos estaments judicials. Pot dur a cercar solucions per fora de l'administració de justícia, sovint en forma de desistiment de la reclamació per haver arribar a un acord, no pas previ però sí anterior al judici. Un defecte que, des d'un punt de vista de la societat, sembla important, és la duració excessiva del procediment. L'Acadèmia creu que s'hauria d'estudiar el mètode per poder resoldre les reclamacions, si més no la majoria, en un termini més breu. També creu que s'haurien d'arbitrar sistemes de solució dels conflictes sense haver d'arribar a la via penal, que s'hauria de reservar només als casos en que fos evident una mala praxi greu de l'acció mèdica o institucional.
4. Cal assenyalar també el risc que té, fins i tot per a la credibilitat dels peritatges, l'existència freqüent de divergències gairebé antagòniques entre el criteri dels perits de les diverses parts. En tot cas caldria analitzar, des de diversos punts de vista, la causa de les divergències. En aquest sentit sembla bo assenyalar una metòdica orientativa del peritatge.

A MODO DE CONCLUSIONES

1. Las reclamaciones por posible mala praxis médica, o sencillamente por un resultado negativo, incluso con una praxis correcta, aumentan progresivamente y este hecho preocupa a algunos estamentos de la sociedad, principalmente al colectivo sanitario. La Academia se hace eco de esta preocupación y en éste y en un coloquio anterior recoge opiniones de personas conocedoras del tema y quiere expresar su punto de vista.
2. Un punto que parece importante y que debe remarcarse es que, cuando se produce una reclamación, se percibe la existencia de cierto descontento respecto a diversos puntos entre los que destaca la falta de información suficiente sobre los hechos y, en algunas ocasiones, de un trato personal correcto. Se debe insistir en esto si se quiere hacer una profilaxis de las reclamaciones.
3. Se observa también con cierta frecuencia, una incertidumbre sobre los resultados de la reclamación. Ello deriva de circunstancias atribuibles al procedimiento, como la duración excesivamente larga o la diferencia de opiniones entre diversos estamentos judiciales, lo cual puede llevar a buscar soluciones fuera de la administración de justicia, a menudo en forma de desestimación de la reclamación por haber llegado a un acuerdo, no previo pero sí anterior al juicio. Un defecto que, desde el punto de vista de la sociedad, parece importante es la excesiva duración del procedimiento. La Academia cree que se habría de estudiar el método para poder resolver las reclamaciones, al menos la mayoría de ellas, en un plazo de tiempo más breve. También cree que deberían arbitrarse sistemas de solución de conflictos sin tener que llegar a la vía penal, que debería reservarse para los casos en que fuera evidente una mala praxis grave de la acción médica o institucional.
4. Debe señalarse el riesgo que tiene, incluso para la credibilidad de los peritajes, la existencia frecuente de divergencias, a veces antagónicas, entre los criterios de los peritos de las diversas partes. En todo caso, debería analizarse, desde diversos puntos de vista, la causa de las divergencias. En este sentido, parece recomendable señalar una metodología orientativa del peritaje.

CONCLUSSIONS

1. Claims regarding possible medical malpractice or simply, because of a negative result, even with correct medical practice, have progressively increased and this fact is worrying to some stratas of society, mainly the area of health care. The Spanish Medical Academy has made their worry known and

in the present and previous article has gathered the opinions of people with knowledge of the subject and wishes to express its point of view.

2. One point which appears to be of importance and which should be underlined is that when a claim is made, certain discontent is perceived with respect to different points among which sufficient information regarding the facts is lacking as is, on occasions, correct personal attention. This must be insisted upon if prophylaxis of the claims is to be achieved.

3. There is also often uncertainty concerning the result of a claim. This is derived from circumstances attributable to procedure, such as an excessive length in the same or the difference of opinions among the different legal stratas which may lead to the search for solutions form without the judicial administration, often in the form of a rejection of a claim because of having come to an agreement, not beforehand, but rather after the trial. One defect, which, from the point of view of society appears to be important, is the excessive length of the procedure. The Academy believes that methods should be studied to resolve at least most of the claims within a brief period of time. It also believes that arbitration systems for the solution of these conflicts should be made without having to arrive to the penal system, which should be reserved for cases in which evident malpractice contrary to medical or institutional action has taken place.

4. The risk there is even with respect to the credibility of the opinion of experts and the frequent existence of divergence, at times antagonistic, among the criteria of the experts of different fields should be pointed out. In any case, the causes of the differences in opinion should be analyzed from different points of view. Therefore, it would appear that orientative methodology in expert analysis is recommended.

DISCURS INAUGURAL

LA SALUT A CATALUNYA AL TOMBANT DEL SEGLE

Josep Laporte i Salas

Intentarem resumir un tema tan vast com és el de l'estat de la salut a Catalunya tot dividint-lo en quatre apartats:

1. Què es la salut?
2. Evolució durant el segle XX.
3. La situació actual.
4. Perspectives de futur.

Què entenem per salut?

El concepte de salut ha variat notablement en el curs de la història i a través de les diferents cultures. La multiplicitat de definicions existents en l'actualitat del terme "salut" ja demostra que no es fàcil assolir un acord unànime sobre un tema tan important. De fet, val a dir que, des d'un punt de vista sanitari, cada vegada s'ha ponderat més la importància de la salut com a quelcom més ampli que la mera absència de malaltia. Aquest autèntic gir copernicà es va posar en relleu en veure què succeia amb la implantació del *National Health Service*. En efecte, Beveridge, el seu impulsor, partia de la base que hi havia una quantitat estrictament limitada de malalts i que, per tant, el cost anual dels serveis de salut disminuiria a mesura que un tractament eficaç reduís la taxa de morbiditat!

De fet, hom partia de la base que la diferència entre salut i malaltia era nítida i que, per tant, en aconseguir que una persona "malalta" passés a ésser "sana" faria disminuir progressivament el gruix de "malalts". La realitat ha demostrat que aquesta idea era totalment equivocada per diverses raons. En primer lloc, cal reconèixer que, en termes científics o tecnològics, no hi ha una clara distinció entre salut i malaltia, atès que, en efectuar determinacions de qualsevol paràmetre, resulta pràcticament impossible fixar una frontera entre allò que és normal i allò que no ho és. Segonament, trobar-se "bé" o "malament" és un judici purament subjectiu i una bona prova n'és que, per exemple, una mateixa malaltia pot provocar una proporció de baixes laborals ben diferents en determinades circumstàncies. I, finalment, hi ha un altre motiu importantíssim. La incerta frontera entre salut i malaltia –tal com ha estat assenyalat pels propis impulsors del *National Health Service*– ha avançat en una nova direcció aquests darrers decennis: afeccions tals com l'alcoholisme, la depressió, les desviacions sexuals o, fins i tot, els problemes personals o les relacions familiars difícils o tenses són considerades malalties que requerixen tractament. De fet, hi ha molts problemes mentals o socials, abans considerats com a qüestions estrictament personals –algunes de les quals eren plantejades i eventualment resoltes als confessionaris–, que ara han passat a ésser tributaris dels serveis de salut.

En definitiva, tal como han dit els responsables del *National Health Service*, mentre que a la dècada dels anys trenta el volum de la morbiditat podia ésser considerat com a una gota de líquid d'una grandària mesurable, ara més aviat es considera semblant a una atmosfera planetària, d'una densitat cada cop menys intensa a mesura que s'allunya del nucli central però sense cap mena de límit identificable.

Aquest progressiu canvi del concepe de salut explica, com dèiem abans, la multiplicitat de definicions. Així Freud –tot tirant aigua al seu molí– ja fa temps que va dir que la salut era la capacitat de treballar i de fer l'amor. I, com molt bé sabeu, més endavant l'OMS ha definit la salut com "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència de malaltia".

Certament, les circumstàncies han fet que la definició de salut comporti aspectes personals, socials i, fins i tot, polítics. Així resulta lògic que, en el marc del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, la salut fos definida –gràcies especialment al malaguanyat Jordi Gol– com "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa". Sens dubte, doncs, la salut és un concepte relatiu i també estrictament personal, tal com assenyala en una recent entrevista Diego Gracia, director del *Instituto de Bioética* de Madrid. En ésser interrogat sobre què és la salut, respon: "La capacitat de dur a terme el projecte de vida que un es marca. De la salut i de la malaltia cal donar-ne una definició més biogràfica que biològica. Si jo volgués ésser pilot d'aviació, o córrer els cent metres com Donovan Bailey, m'hauria de considerar un malalt pel fet d'ésser miop o per la meva insuficient capacitat pulmonar. Com que el que vull ésser és professor d'universitat, em considero una persona sana".

TAULA I
Mortalitat per grups de causes
(en taxes per 100.000 habitants)

1900		1940		1995	
1. Infeccions	590	1. Circulatori	251	1. Circulatori	380
2. Respiratori	485	2. Respiratori	222	2. Tumors	286
3. Sistema nerviós	480	3. Sistema nerviós	178	3. Respiratori	84
4. Digestiu	384	4. Infeccions	167	4. Digestiu	52
5. Circulatori	310	5. Causes externes	138	5. Causes externes	41
Total (× 1.000)	26,3	Total (× 1.000)	13,5	Total (× 1.000)	10,1

EVOLUCIÓ DURANT EL SEGLE XX

Sense cap mena de dubte, al llarg del segle que estem acabant, el nivell de salut de la nostra població ha experimentat progressos espectaculars. És ben cert que no disposem de dades comparatives sobre el tema en termes positius, i d'acord amb el concepte actual de salut. Per això hem de recórrer fonamentalment als indicadors negatius i molt especialment a les **taxes de mortalitat** (taula I), que de 26 per 1.000 habitants l'any 1990 han descendit continuadament fins a 13,5 per 1.000 a mitjan segle i als voltants de 10 per 1.000 els darrers anys, xifra que més aviat tendeix ara a augmentar en envellir progressivament el conjunt de la població.

Altrament, és molt il·lustratiu fixar-se en les principals **causes de mort.** Les infeccions, responsables de gairebé una quarta part de les morts l'any 1900, ja havien disminuït molt sensiblement a mitjans de segle i ara ja no figuren entre les primeres causes, llocs que són ocupats per les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les pneumopaties, tal com succeeix a tots els països capdavanters que han experimentat una veritable transició epidemiològica, encara pendent en moltes contrades del Tercer Món, on predominen les infeccions i la malnutrició.

Tant o més espectaculars són els canvis experimentats per un altre indicador importantíssim del nivell sanitari: la **mortalitat infantil** (fig. 1). D'una taxa de 150 morts per 1.000 nadons vius a l'inici del segle no hem parat de baixar fins arribar a menys de 5 per 1.000 en l'actualitat, límit igual o fins i tot inferior al dels països més avançats i ja difícilment millorable.

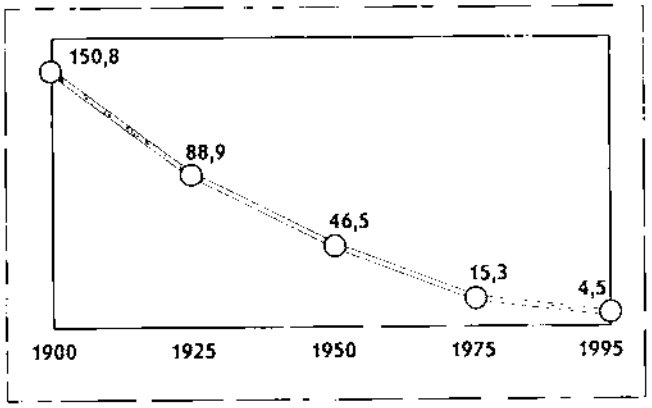

Fig. 1. Evolució de la mortalitat infantil a Catalunya (1900-1995). Dades expressades en nombre de nadons per cada 1.000 nascuts vius.

Aquests canvis són la causa de la gran prolongació de l'**esperança de vida** (fig. 2), que no ha parat de créixer, tant si la considerem al moment de néixer com si ho fem als 60 anys d'edat. En el primer cas, no hi ha dubte que la principal causa ha estat l'èxit de la lluita contra les infeccions que tantes vi des s'emportaven entre la infància i la joventut. Ara, l'increment de l'expectativa de vida a l'edat madura sembla indicar

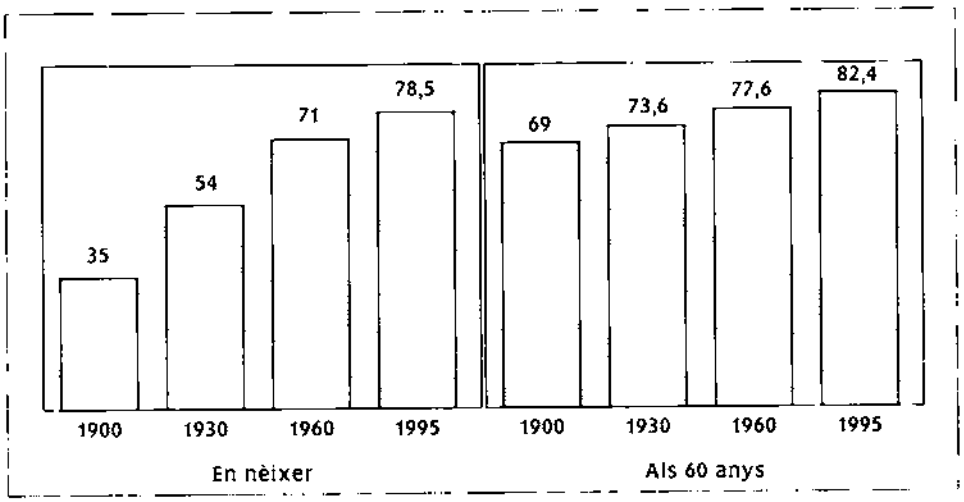

Fig. 2. Evolució de l'esperança de vida en néixer i als 60 anys a Catalunya (1900-1995).

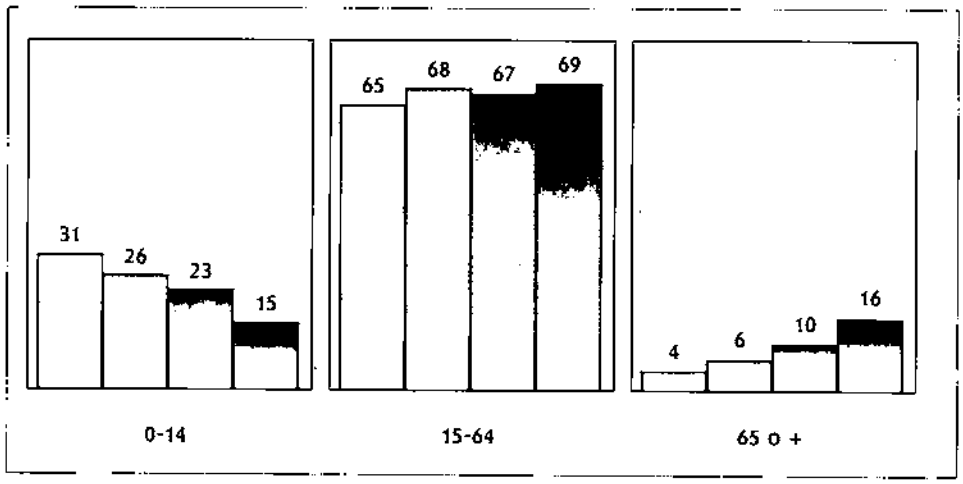

Fig. 3. Distribució percentual de la població per edats (anys 1900, 1930, 1960 i 1995).

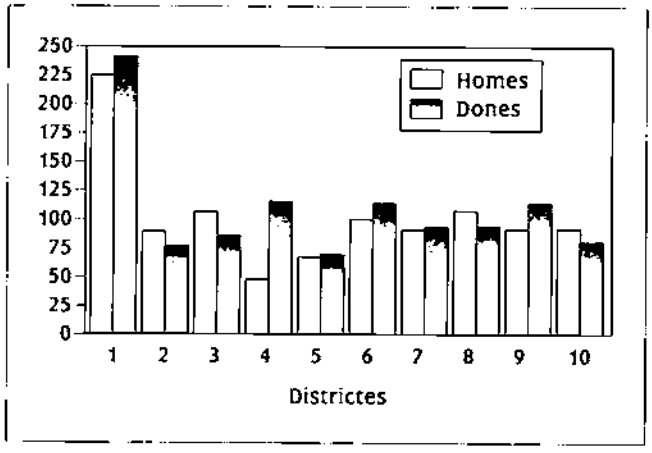

Fig. 4. Anys potencials de vida perduts, en funció del districte de residència i del sexe.

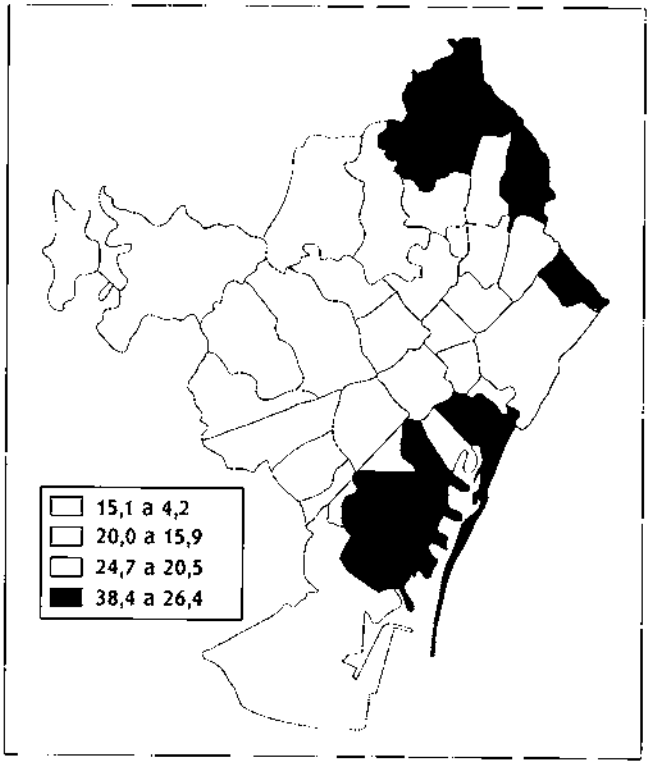

Fig. 5. Analfabetisme a la ciutat de Barcelona, per barris.

que la lluita contra les malalties de la maduresa comença a tenir un cert èxit.

Aquesta prolongació de la vida -que ha anat acompanyada d'una davallada espectacular de les taxes de natalitat i de fecunditat- ha produït un ràpid i important envelliment del conjunt de la població (fig. 3), amb les conseqüències que més endavant comentarem.

Els grans progressos de la medicina han contribuït, sens dubte, a aquest canvi tan favorable -tant quantitatiu com qualitatiu- pel que fa a les causes de mort i a la millora de l'estat de salut de la població catalana. Amb tot, no hem d'oblidar que -tal com ha estat repetidament indicat pels especialistes en Salut Pública- hi tenen també molt a veure altres factors, com poden ésser la millora de la nutrició i d'altres circumstàncies socioeconòmiques, entre les qual cal destacar el nivell educatiu del conjunt de la població. La situació actual a la mateixa ciutat de Barcelona ens en dóna una bona mostra. Així, en fer una comparació dels anys potencials de vida perduts (fig. 4) o dels anys perduts a causa de la SIDA a cadascun dels deu districtes de la ciutat, hom pot constatar com el districe I resulta molt més perjudicat que la resta. I si -tal com ha fet l'Ajuntament de la ciutat en una de les seves publicacions- comparem, barri per barri (figs. 5 i 6), el nivell d'analfabetisme amb els anys de vida perduts per mortalitat prematura, comprovarem com es manté aquesta lamentable coincidència.

LA SITUACIÓ ACTUAL

Tal com acabem de veure, la favorable evolució de l'estat de salut de la població -que ha comportat un gran increment de l'esperança de vida- i l'espectacular descens de la natalitat han produït canvis remarcables en l'estructura de la població catalana.

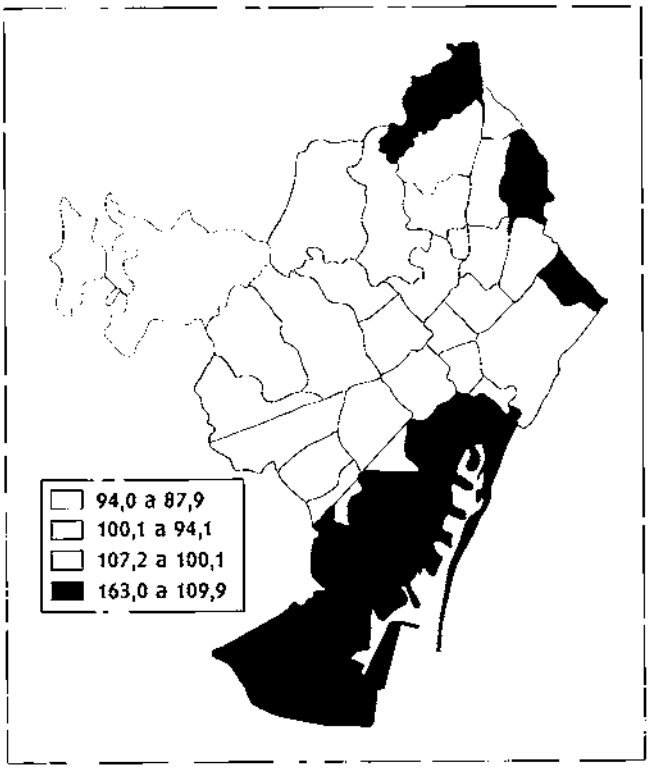

Fig. 6. Mortalitat prematura relativa a la ciutat de Barcelona, per barris.

L'anomenada piràmide d'edats (fig. 7) ja no és digna de tal nom i, per primera vegada a la historia, tal com ja hem vist, el nombre de persones de 65 o més anys d'edat supera el dels joves de fins a 15 anys. Aquest envelliment progressiu del conjunt de la població condiciona, com és lògic, la prevalença dels diferents tipus de malalties i ens trobem ara –tal com succeeix en tots els països del món occidental– amb un gran predomini de les anomenades, en termes sanitaris, malalties no comunicables, pròpies especialment de les persones grans.

Altrament, tanta o més importància que a les causes de mort és dóna actualment els anys potencials de vida perduts i als anys viscuts amb alguna incapacitat més o menys important. Així, a la figura 8 podem veure com l'any 1995, a la ciutat de Barcelona, les principals causes de pèrdua d'anys potencials de vida foren, en els homes, la SIDA, les causes externes i el càncer de pulmó i, en les dones, les causes extenes, la SIDA i els tumors de mama. És obvi que qualsevol plantejament de política sanitària cal que tingui en compte aquests fets a l'hora d'establir prioritats.

Altrament, en els moments actuals ja disposem de dades fefaents no solament sobre els aspectes negatius de la salut (mortalitat, morbiditat) sinó també sobre l'estat de salut subjectiu de la població. En efecte, a la dècada dels vuitanta, sota els auspicis del Departament de Sanitat, s'inicià a Catalunya el programa CRONICAT, transformat després en MONICAT, dedicat a l'estudi dels factors de risc i de la incidència de l'infart de miocardi. Posteriorment, el mateix Departament de Sanitat l'any 1994 va dur a terme una àmplia enquesta de salut per interrogatori d'una important mostra (15.000 persones) de la població catalana. L'autopercepció de l'estat de salut, en concordància amb els comentaris que hem fet sobre el concepte de salut és, en conjunt, ben positiva (fig. 9). Un 80,8% d'homes i un 75,8% de dones consideren que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona, mentre que només un 2,9% d'homes i un 4,3% de dones la valoren com a dolenta. També resulta molt il·lustratiu conèixer la freqüència amb què la població de més de 14 anys percep o ha percebut algun trastorn crònic. El més freqüent és l'artrosi, reumatisme o mal d'esquena crònic (32,2%), seguit de la hipertensió (16,4%), les varius (15,7%), les al·lèrgies (14,0%), la depressió o l'ansietat (11,0%) i el colesterol elevat (10,1%).

Els resultats globals de l'enquesta de salut varien, com és lògic, entre els diferents grups de població. Ja hem vist a la figu-

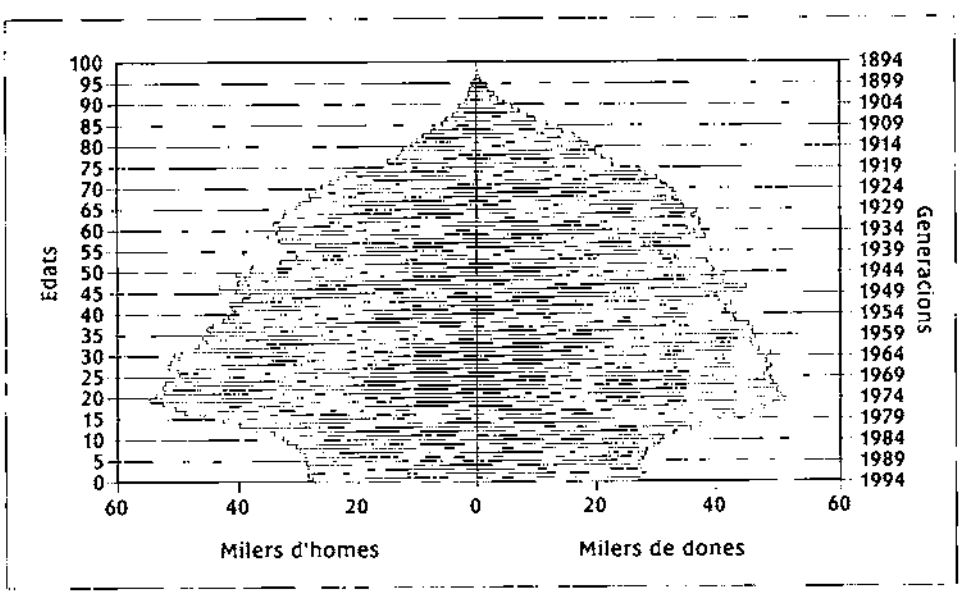

Fig. 7. Estructura de la població de Catalunya (any 1994).

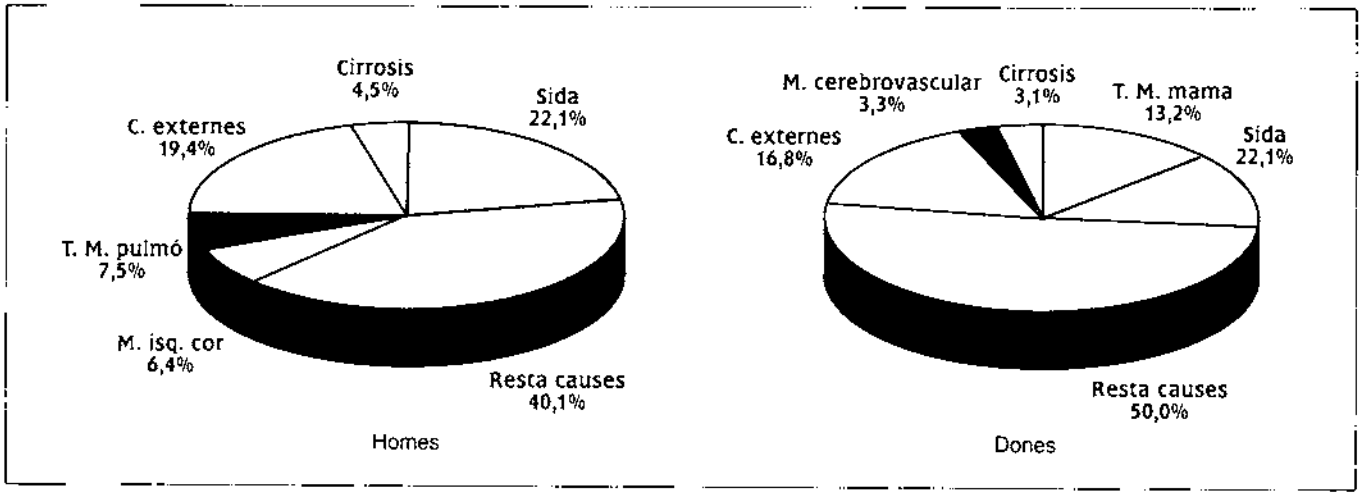

Fig. 8. Principals causes de pèrdua d'anys potencials de vida a Barcelona, distribuïdes segons el sexe (any 1995).

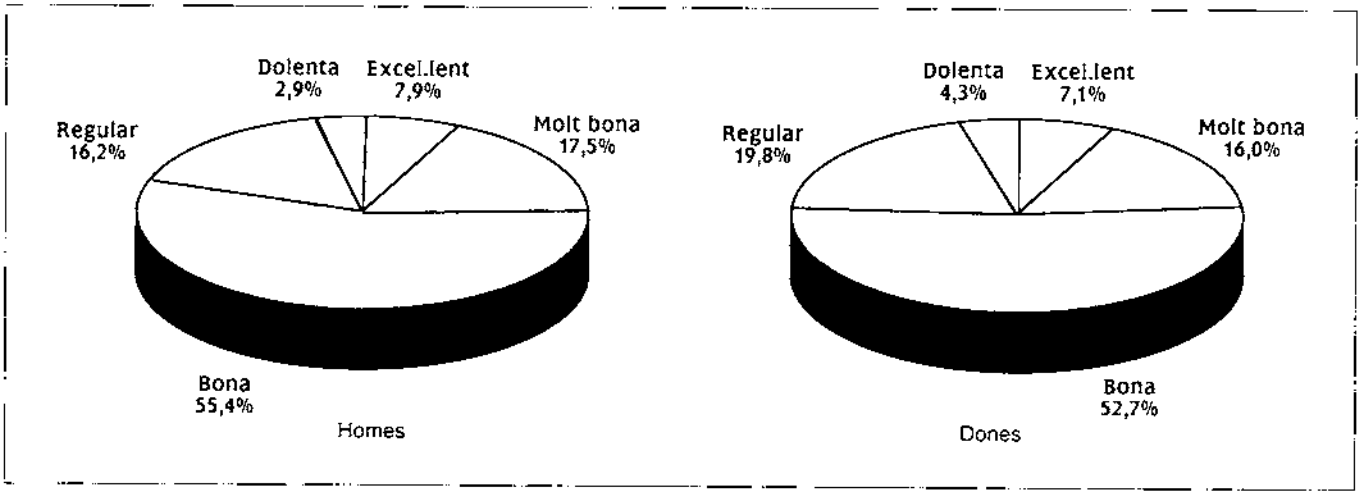

Fig. 9. Resultats d'una enquesta sobre autopercepció de l'estat de salut realitzada pel Departament de Sanitat en una mostra de 15.000 persones (any 1994).

ra 9 que les dones tenen més tendència a considerar la seva salut poc satisfactòria, i, si tenim en compte els problemes de salut crònics que hem enumerat, veurem que afecten, en conjunt, un 68,2% de dones i un 56,0% d'homes. Així mateix la presència de discapacitats s'incrementa amb l'edat (fig. 10) i –en consonància amb els fets esmentats anteriorment– un estudi fet per l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, a partir de les dades de l'Enquesta de Salut, demostra l'existència de desigualtats de salut segons la classe social (fig. 11).

Com molt bé sabem, les malalties degeneratives, ara predominants, poden ésser eficaçment previngudes tot actuant sobre els factors de risc que contribueixen de manera decisiva a la seva aparició. Basant-se en aquest fet l'OMS ha fixat uns objectius *(Salut per a tothom l'any 2000)* que el Departament de Sanitat ha fet seus. En alguns casos aquests objectius ja han estat abastament aconseguits a Catalunya (per exemple, el descens de la mortalitat per malalties cardiovasculars, la disminució de la mortalitat infantil i maternal, la prevenció de determinades infeccions pròpies de la infància, la prevalença de la càries dental, etc.). Però en altres casos es considera pràcticament impossible assolir les fites marcades (lluita contra el tabaquisme, consum excessiu d'alcohol, taxa de mortalitat per tuberculosi pulmonar, adopció d'una dieta adequada, pràctica habitual d'exercici físic, etc.).

Val la pena considerar ara més detalladament quina és la situació pel que fa a les principals causes de mortalitat o de pèrdua d'anys de vida activa. Les malalties cardiovasculars tenen tendència, en els països més avançats, a una disminució sostinguda (fig. 12) i cal indicar que Catalunya es troba entre les contrades amb un menor índex de mortalitat per aquesta causa, fet en el qual segurament influeix la tan ponderada dieta mediterrània. També hi té una influència el progressiu increment de les persones que habitualment vigilen la seva pressió arterial i l'adequat seguiment de l'oportú tractament (fig. 13).

La mortalitat per càncer no cessa d'incrementar-se: les taxes de mortalitat són cada cop més elevades i ara un de cada

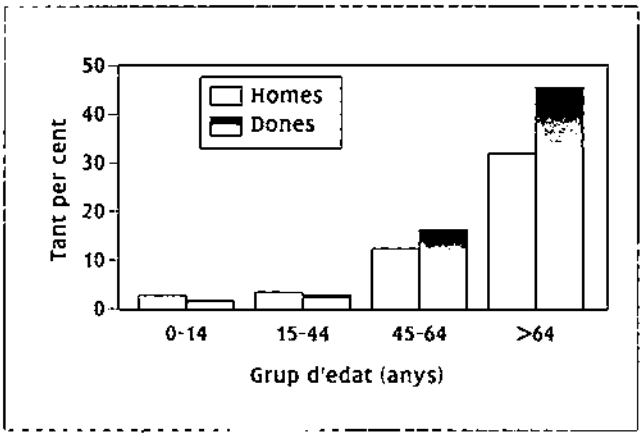

Fig. 10. Presència de discapacitats, segons grup d'edat i sexe.

quatre homes i una de cada cinc dones sucumbeixen a aquesta malaltia. En el sexe masculí l'augment més significatiu s'ha produït en les neoplàsies de pulmó i bronquis i, sense cap mena de dubtes, l'hàbit de fumar hi té una gran responsabilitat. Per això és tan important la lluita contra el tabac, producte que no solament és agent potencial de neoplàsies al pulmó i altres òrgans (s'estima que és responsable d'un 47% de les neoplàsies dels barons) sinó que també és un factor de risc per a altres afeccions i molt especialment per a les cardiovasculars. A Catalunya la prevalença de l'hàbit del tabaquisme és molt alta i, malgrat les campanyes efectuades, continua essent en conjunt elevada, atès que el descens aconseguit entre els homes (especialment en certs col·lectius exemplars) queda compensat per l'increment observat entre les dones de manera pràcticament total (taula II). Altrament, pel que fa al sexe femení, el càncer de coll d'úter i especialment el de mama són especialment perillosos i freqüents, i per això és tan recomanable la pràctica periòdica de mamografies i exàmens citològics vaginals.

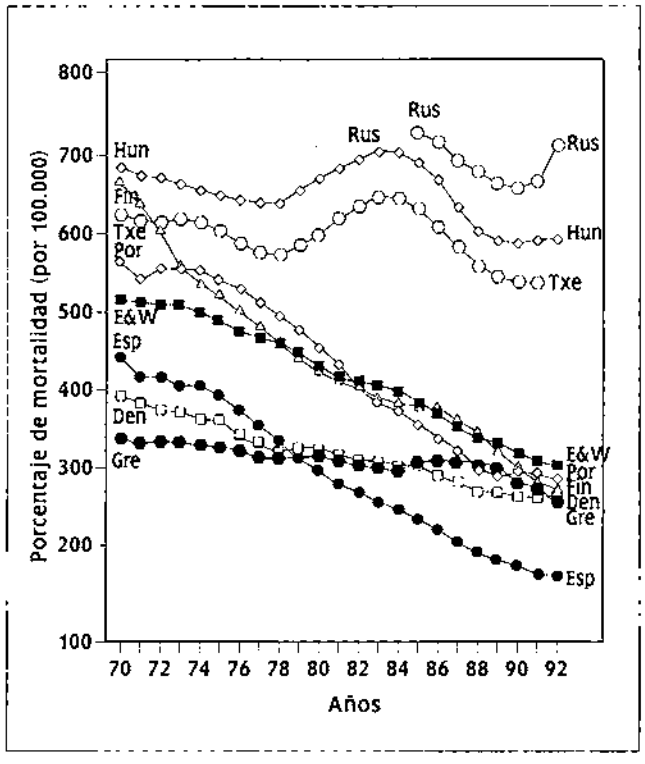

Fig. 12. Tendència de la mortalitat deguda a malalties cardiovasculars a diversos països.

Tal com ja hem tingut ocasió de comentar, una altra de les plagues dels nostres dies la constitueixen els accidents de trànsit, una de les primeres causes de pèrdua d'anys de vida i de greus discapacitats. Afortunadament les campanyes de

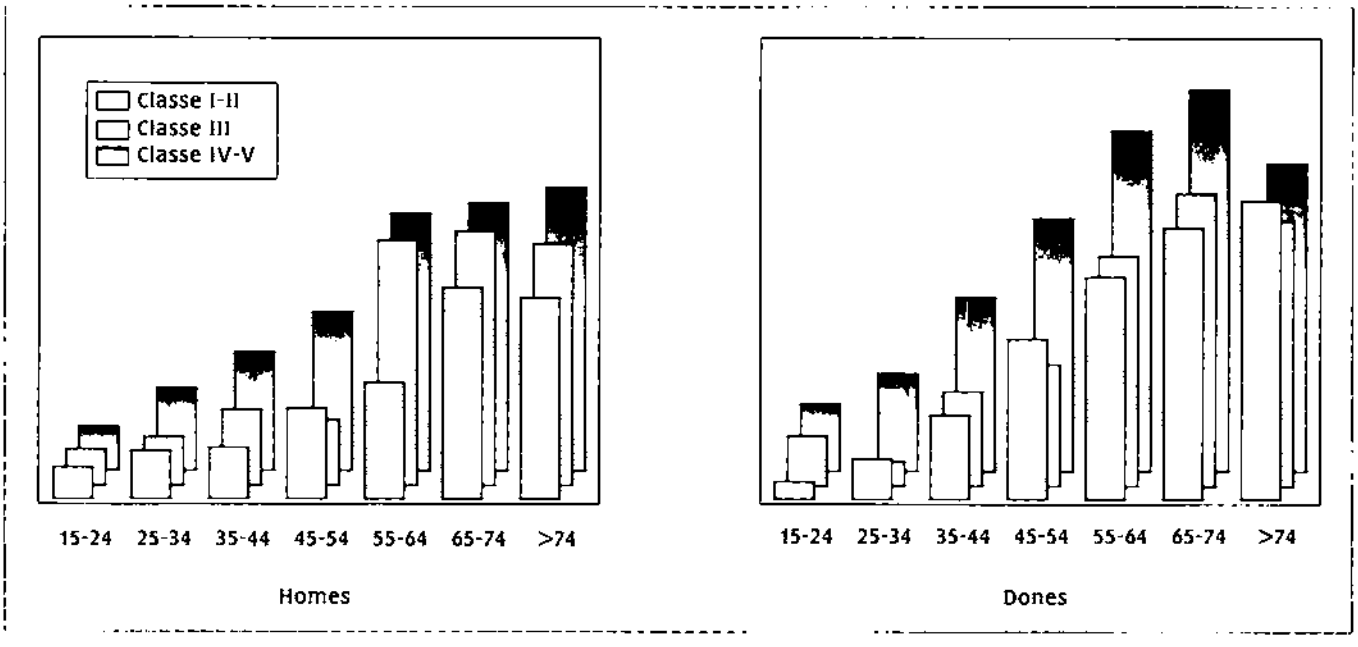

Fig. 11. Individus amb salut "dolenta", segons la classe social, edat i sexe. Enquesta de Salut de Catalunya, any 1994.

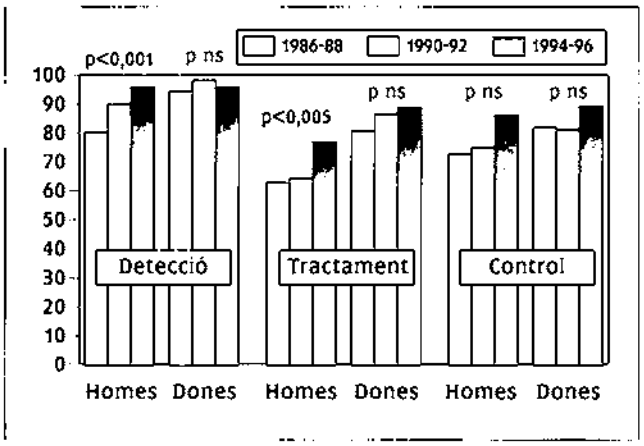

Fig. 13. Evolució en la detecció, el tractament i el control de la hipertensió arterial.

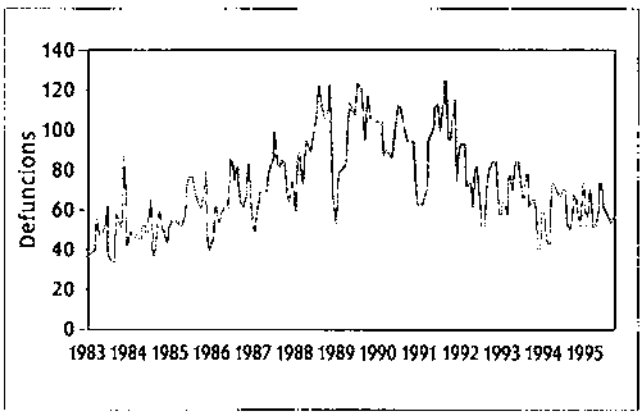

Fig. 14. Distribució anual de les defuncions per accident de trànsit.

sensibilització han aconseguit trencar la tendència de creixement constant del nombre de víctimes, que s'han reduït en pocs anys pràcticament a la meitat (fig. 14). Amb tot, seguim amb una sinistralitat molt elevada (a Catalunya, 501 morts l'any 1996 i 506 el 1997) que cal creure que disminuirà més amb l'entrada en vigor dels nous límits d'alcoholèmia tolerable. El tema de les infeccions resulta més complex. Els grans progressos assolits gràcies a la higiene, a les vacunacions i al descobriment de medicaments idonis han pogut fer creure en una progressiva eradicació de moltes infeccions. Així a Catalunya en els darrers anys no hi ha hagut un sol cas de poliomielitis, de diftèria o de rubèola congènita, s'ha produït un descens notable de la morbiditat per tètanus, tos ferina, parotiditis i rubèola, i fins i tot es pot pensar en una propera eliminació del xarampió. Però en canvi no és menys cert que hi ha noves infeccions emergents: en els darrers vint anys, per exemple, s'han reconegut en diversos països una trentena de noves infeccions (per exemple la malaltia del legionari i la febre hemorràgica per virus Ébola, al costat de la malaltia dita de les vaques boges, produïda, segons sembla, per un prió). I,

TAULA II.
Prevalença del tabaquisme

	1982	1986	1990	1994	Variació (%) 1994-1982
Homes	58,3	57,6	49,7	46,3	-20,8
Dones	20,0	23,4	25,7	25,6	27,5
Total	37,9	40,4	36,7	35,3	-6,9

sobretot, hem sofert l'aparició de la SIDA que, com és ben sabut, afecta profundament el sistema immunitari i, entre moltes altres conseqüències, ha causat un increment de les taxes de tuberculosi. Durant els darrers anys s'han diagnosticat a Catalunya (una de les contrades europees més afectades) un nombre creixent de nous casos, amb un màxim de 1.529 l'any 1994. Des d'aleshores s'observa una considerable disminució (1.189, el 1996). La taxa de mortalitat és de l'ordre del 60% dels afectats, bé que amb l'actual utilització simultània de diversos fàrmacs sembla que la malaltia tendeix a esdevenir crònica. Aquesta desgraciada circumstància ha col·locat la SIDA com a la primera causa de mort juvenil i, a més, com a una de les càrregues més feixugues per al pressupost sanitari. En definitiva, cal admetre que l'eradicació de les infeccions no és un objectiu realista i que les circumstàncies del món actual (extraordinària mobilitat que comporta allò que s'ha anomenat "**l'aldea global**") obliguen a ésser molt cautelós a l'hora de pronunciar-se sobre l'avenir de les malalties infeccioses.

Per a acabar aquesta repassada sobre les principals causes de mort i d'incapacitació cal fer constar que els problemes de **salut mental** constitueixen un greu problema a causa de la seva prevalença creixent (fig. 15) amb greus conseqüències d'incapacitació de gran transcendència social i econòmica.

4. LES PERSPECTIVES DE FUTUR

Revisada la situació actual, sembla lògic que ens preguntem ara què podem esperar en el futur i quines són les eventuals mesures a prendre per tal de poder millorar o, si més no, mantenir l'estat de salut de la nostra població. Val a dir que tinc una gran desconfiança en la prospectiva. L'any 1990, a l'obra *Le President*, F.O. Giesbert afirmava: "Els anys trenta, el president nordamericà Franklin D. Roosevelt va encarregar a la seva administració la realització d'un ample estudi sobre les tecnologies futures. Quan l'estudi fou publicat causà una gran impressió. Certament, resultava fascinant. Només hi ha via un problema: no s'havia previst l'arribada de la televisió, ni la del plàstic, ni la dels avions a reacció, ni la dels trasplantaments d'òrgans, ni la dels raigs làser, ni tan sols la dels bolígrafs!" Tot i això, penso que val la pena referir-nos breument a dos documents recents que s'ocupen del futur de la sanitat.

En primer lloc, em voldria referir a l'important estudi *The global burden of disease* (que podríem traduir com "les males conseqüències de les malalties"), realitzat en col·laboració per

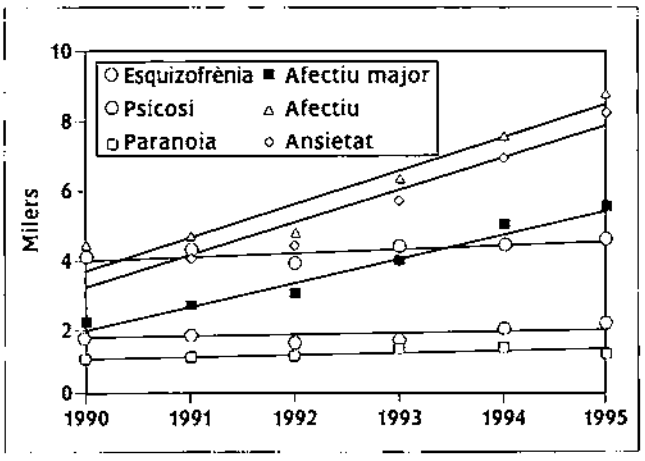

Fig. 15. Evolució de la prevalença dels problemes de salud mental.

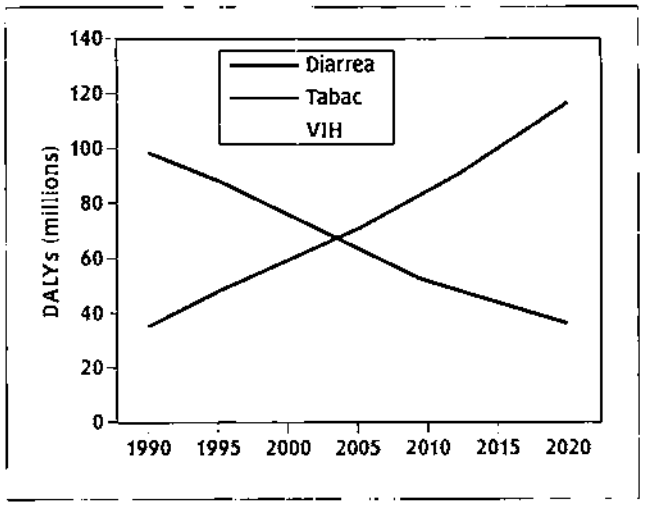

Fig. 16. Pèrdua d'anys de vida ponderats amb discapacitat (disability adjusted life year o DALYs). Projecció cap a l'any 2020

l'OMS, l'Escola de Salut Pública de Harvard i el Banc Mundial i que, tal com diu el seu subtítol, constitueix una valoració global de la mortalitat i la incapacitat produïdes per malalties, lesions i factors de risc l'any 1990 i la seva projecció l'any 2020. L'estudi divideix el món en set regions, segons el seu grau de desenvolupament tot tenint en compte el PIB, el grau d'escolarització i el nivell tecnològic assolit per a cadascuna i, també de manera global, avalua no solament la mortalitat sinó també el que anomena *Disability Adjusted Life Year* (DALY), o any de vida ponderat amb discapacitat. El DALY ocasionat per cada malaltia o lesió comporta la suma dels anys de vida perduts i els anys de vida amb discapacitat. L'informe assenyala com a problemes prominents en el nostre àmbit, amb tendència a empitjorar, les depressions, les conseqüències del tabaquisme (fig. 16), que és la causa més important de pèrdua de DALY i és considerat una *global health emergency*, i les morts per suïcidi i accidents. A la taula III podem observar com, en el conjunt del món, les principals causes de mort o d'incapacitat experimentaran, segons l'esmentat estudi, un canvi substancial. I les perspectives no són iguals a tot arreu (fig. 17): mentre la situació millorarà lleugerament als països del món occidental, més aviat tindrà tendència a empitjorar en altres regions.

Un altre document important per a nosaltres és el *Pla de Salut de Catalunya 1996-1998*, publicat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, al qual ja ens hem referit anteriorment, i que coincideix bàsicament en aquestes previsions i considera que els reptes actuals i de futur de la sanitat a casa nostra estan constituïts per l'envelliment progressiu de la població –amb els canvis que això comporta en la prevalença de les diverses afeccions–, per les limitacions pressupostàries i per la constant aparició de noves tecnologies que, amb costos creixents i no sempre prou eficients, contribueixen a fer més difícil l'equilibri pressupostari.

En les actuals circumstàncies és lícit plantejar-se una pregunta clau: ¿els grans progressos que ha viscut la sanitat durant aquest segle podran prosseguir d'una manera indefinida? Diversos organismes internacionals, i especialment el Club de Roma, assenyalen que, en qualsevol camp d'actuació, el desenvolupament cal que sigui sostenible. És realment sostenible el desenvolupament sanitari? Personalment em sembla indiscutible que, en aquest terreny de la sanitat, tenim plantejats com a mínim dos problemes que amenacen el seu futur: els econòmics i els bioètics.

No és ara el moment d'entrar a discutir cap d'aquests dos problemes a fons. Pel que fa al finançament, tot i reiterant que a casa nostra encara és baix en comparació amb altres països, no és menys cert que haurà de tenir un límit que, al meu entendre, serà difícilment compatible amb el significatiu i constant envelliment de la nostra població: és un fet evident que els costos de l'assistència sanitària s'incrementen en progressió geomètrica amb l'edat. I cal comptar, a més, amb l'assistència sociosanitària: entre els 65 i els 74 anys un 5% de persones requereixen ajut per a caminar, mentre que en els més grans de 85 la necessiten un 40%.

No menys importants són els problemes morals derivats de tots els canvis que hem comentat. Caplan, president de l'Associació Americana de Bioètica, ha dit recentment: "Podem parlar d'un futur millor? Les tendències demogràfiques i els problemes pressupostaris no són encoratjadors. Com més vides salvem i n'estenem la durada, les perspectives per als

TABLA III
Principals causes de mort o incapacitat

1990	2020
1. Infeccions respiratòries	1. Cardiopatia isquèmica (5)
2. Diarrees	2. Depressions (4)
3. Causes perinatals	3. Accidents de trafic (9)
4. Depressions	4. Accidents vasculars cerebrals (6)
5. Cardiopatia isquèmica	5. Pneumopatia obstructiva (12)
6. Accidents vasculars cerebrals	6. Infeccions respiratòries (1)

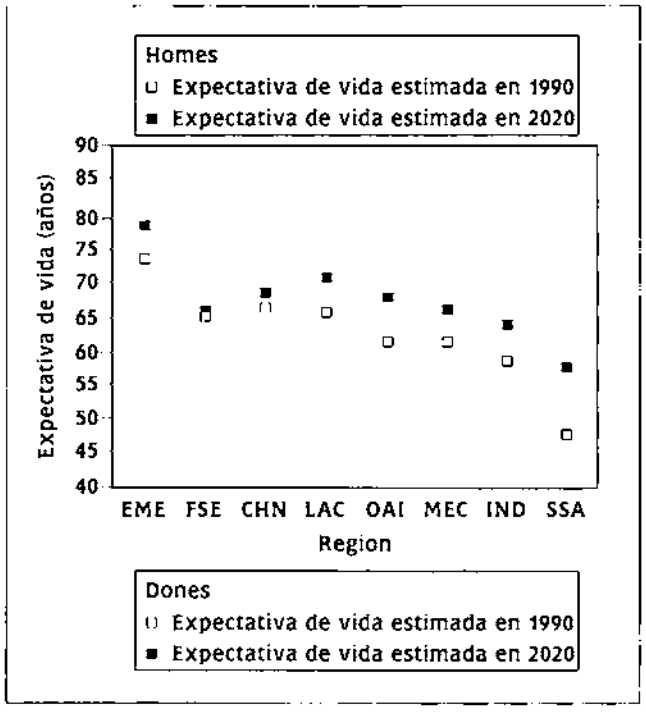

Fig. 17 Esperança de vida al 1990 i projecció al 2020, segons el sexe, en diferents regions del món.

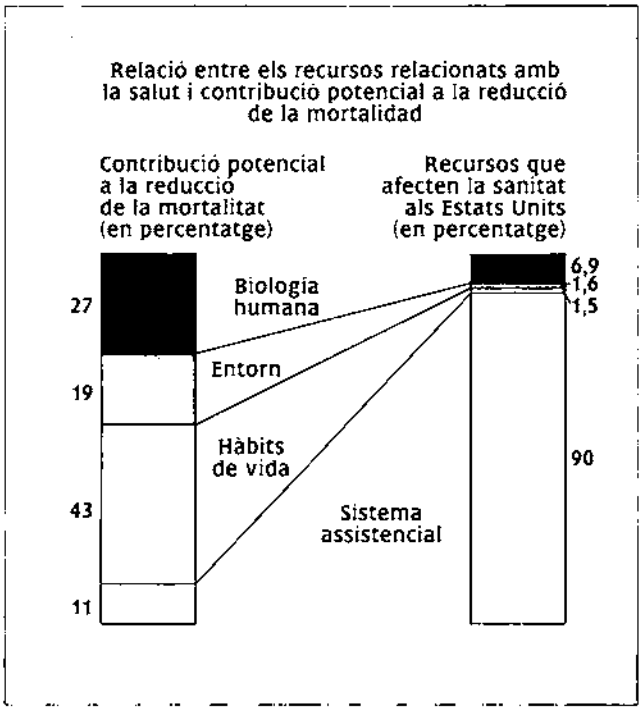

Fig. 18. Relació entre els recursos relacionats amb la salut i la contribució potencial a la reducció de la mortalitat.

nostres descendents són pitjors. Continuant així, el que aconseguirem és una gran collita de vells que repapiegen. Cal reconèixer que, fins ara, ens hem dedicat més a prolongar la vida que no pas a assegurar-ne la qualitat." Com a conclusió m'atreviria a dir que resulta gairebé impossible assegurar que els progressos continuaran indefinidament, si no tenim molt clares les nostres limitacions. Més que més anys a la vida –què, obviament, és limitada– hem d'intentar donar més vida als anys.

Per tot això els especialistes en salut pública proclamen que les eventuals millores s'aconseguiran, sobretot, implicant més la població en el manteniment de la salud de cadascú. Fins i tot a l'article 152.1 del Tractat d'Amsterdam s'assenyala la necessitat que els estats membres de la Unió Europea prenguin mesures per tal de millorar la salut pública, tot fent els possibles per a prevenir les malalties i evitar les fonts de perill per a la salut humana. Les campanyes d'educació sanitària, a tots els nivells, haurien d'explicitar clarament que, per al manteniment de la pròpia salut, tant o més important que una correcta assistència sanitària, són importants els hàbits de vida, els factors ambientals i, no cal dir, la càrrega genètica de cadascú. Vallbona, en una recent conferència, posava per exemple el model de Dever (fig. 18), en el qual es compara la contribució potencial a la reducció de la mortalitat dels diferents factors que poden influir en l'aparició de malalties (biològics, de l'entorn, dels hàbits de vida i del sistema assistencial) amb els recursos destinats, als Estats Units, a influir en cadascun d'aquells factors. De fet, tal com hem assenyalat, els objectius i les mesures recomanades pel programa *Salut per a tothom l'any 2000*, fixats per l'OMS i recollits pel Departament de Sanitat en el Pla de Salut vigent (lluita contra el tabaquisme, l'alcoholisme i les drogues, adopció d'una dieta adequada, pràctica regular d'exercici físic, etc.), s'haurien de convertir en norma voluntàriament obligada per a tothom, no ja per a estalviar –cosa difícil si el que aconseguim és allargar la vida– sinó per a fer-la, també, més confortable.

Tal com he manifestat abans, la prospectiva és una ciència absolutament inexacta i molts factors, alguns dels quals absolutament imprevisibles, poden fer variar el panorama actual en qualsevol sentit. D'una banda, un eventual rebrotament de les infeccions (bacterianes, víriques o priòniques) hi podria introduir elements preocupants, i no parlem ja d'una possible catàstrofe nuclear. D'una altra, és d'esperar que els progressos tècnics constants en camps tan diversos com la informàtica, la genètica, la immunologia i tants d'altres, aportin novetats que actuïn favorablement. De tota manera, passi el que passi, em sembla evident que si no volem que la sanitat en general i la medicina en particular morin d'èxit cal tenir sempre molt present que el seu desenvolupament ha d'ésser sostenible. Sostenible econòmicament i sostenible èticament.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. *Estadístiques de Salut, 26. Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona*. Barcelona, 1995.

Ajuntament de Barcelona. Servei Català de la Salut. *Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat*. Barcelona, 1997.

Caplan A. *An improved future? Medical advances challengue thinking on living, dying, and being human.* Sci Am 1995; 273: 110-111.

Fernández E, Shiaffino A, Segura A. Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. *Desigualtats en salut i en utilització de serveis sanitaris segons la classe social a Catalunya.* Barcelona, 1996.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Els objectius de la salut per a tothom.* Traducció catalana de "Targets for Health for All" de la Oficina Regional Europea de la OMS. Barcelona, 1985.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. Diversos anys.*

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998.* Barcelona, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *El Pla de Salut a prop.* Barcelona, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Vigilància epidemiològica de la SIDA a Catalunya. Situació fins al 30 de juny de 1997.* "Butll Epidemiol Catalunya" 1997; 18: 111-112.

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. *Jornades tècniques sobre projeccions demogràfiques de Catalunya.* Maig, 1997.

Gisbert FO. *Le President.* Paris: Seuil, 1990.

Gracia D. Declaracions a "El País", 6 de juliol de 1997.

King A, Schneider B. Informe del Consejo al Club de Roma. *La primera revolución mundial.* Barcelona: Plaza Janés Editores, S.A., 1991.

Laporte J. *Població i salut a Catalunya.* Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 1985.

Laporte J. *El peso del progreso sobre el futuro de la Sanidad.* Quark 1997, 6: 50-57.

Murray CJL, López AD. *The global burden of disease. Summary.* Cambridge, Mass.: The Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996.

Prospects in health. Londres: Office of Health Economics, 1971.

Paluzie G, Sans S, Puig T, Pérez I, Balañá L, Balaguer I, Vintró I. *Trends in awareness, treatment, and control of hypertension in MONICA I-Catalonia. Proceedings of the 4th International Conference on Preventive Cardiology* [resumen 1264]. Montreal, 1997.

Sans S, Paluzie E, Puig T, Balañà L, Pérez I, Balaguer Vintró I. *Informe per al Pla de Salut de Catalunya 96 98.* Barcelona, 1996.

Sans S, Kesteloot H, Kromhart D. *Task Force of the European Society of Cardiology and Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe.* Eur Heart J 1997; 18: 1.231-1.248.

Segura Benedito A. Salut i Sanitat a Catalunya, a "La societat catalana". Institut d'Estudis Catalans. En premsa.

Servei Català de la Salut, Pla de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona, 1996.

Vallbona C. Discurs llegit a la cerimònia d'investidura com a Doctor Honoris Causa de la Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 1997.

LA SALUT A CATALUNYA AL TOMBANT DEL DE SEGLE

El concepte de salut ha experimentat canvis notables al llarg de la història. L'Oganització Mundial de la Salut la va definir com a "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia" i en el marc del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, es va definir com a "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i alegre".

Durant el segle XX s'ha assistir a una millora espectacular del nivell de salut de la població de Catalunya, objectivable per la disminució de la taxa de mortaliat, en especial de la mortalitat infantil, i per l'augment progressiu de l'esperança de vida. Això, unit a una disminució de la natalitat, ha donat com a resultat un envelliment de la població.

Pel que fa a la situació de les principals causes de mortalitat o de pèrdua d'anys de vida activa, cal descatar que mentre s'ha asisstit a una disminució progressiva de la mortalitat per malalties cardiovasculars (fet afavorit per la dieta mediterrània i pel millor control de la pressió arterial), s'ha constatat un augment de la mortalitat per càncer, de pulmó en l'home (relacionat amb l'alta prevalença del tabaquisme), i de coll d'úter i de mama en la dona. La tendència al creixement constant del nombre de víctimes per accident de tràfic s'ha reduït en pocs anys a la meitat i quant a infeccions, després que se n'han eradicat pràcticament algunes (poliomielitis, diftèria, rubèola congènita) i que la mortalitat d'altres ha disminuït (tètanus, tos ferina, parotiditis, rubèola), han sorgit noves malalties com la SIDA, que ha arribat a convertir-se en la primera causa de mort juvenil.

Es destaca que per al manteniment de la salut, a més d'una correcta assistència sanitària, són importants els factors ambientals i la implicació de cada persona en els hàbits de vida (dieta, exercici físic).

El futur vindrà marcat pels canvis en la distribució dels problemes de salut (augment dels casos de depressió, conseqüències del tabaquisme i morts per suïcidi i accident), els problemes econòmics i els condicionaments ètics

LA SALUD EN CATALUÑA EN EL CAMBIO DE SIGLO

El concepto de salud ha experimentado notables cambios a lo largo de la historia. La Organización Mundial de la Salud la definió como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" y en el marco del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrado en Perpiñà en 1976, como "aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y alegre".

Durante el siglo XX se ha asistido a una mejoria espectacular del nivel de salud de la población de Cataluña, objetivable por la disminución de la tasa de mortalidad, en especial de la mortalidad infantil, y por el aumento progresivo de la esperanza de vida. Ello, unido a una disminución de la tasa de natalidad, ha resultado en un envejecimiento de la población.

En cuanto a la situación de las principales causas de mortalidad o de pérdida de años de vida activa, cabe

detacar que mientras se ha asistido a una disminución progresiva de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (hecho favorecido por la dieta mediterránea y por el mejor control de la presión arterial), se ha constatado un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en el varón (relacionado con la alta prevalencia del tabaquismo) y de cuello uterino y de mama en la mujer. La tendencia al crecimiento constante del número de víctimas por accidente de tráfico se ha reducido en pocos años a la mitad y en cuanto a las infecciones, tras la práctica erradicación de algunas de ellas (poliomielitis, difteria, rubéola congénita) y la disminución de la morbilidad por otras (tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola), han surgido nueva enfermedades como el sida, que ha llegado a convertirse en la primera causa de muerte juvenil.
Se destaca que para el mantenimiento de la salud, además de una correcta asistencia sanitaria, son importantes los factores ambientales y la implicación de cada persona en los hábitos de vida (dieta, ejercicio físico).
El futuro vendrá marcado por los cambios en la distribución de los problemas de salud (aumento de los casos de depresión, consecuencias del tabaquismo y muerte por suicidio y accidente), los problemas económicos y los condicionamientos éticos.

HEALTH IN CATALONIA AT THE TURN OF THE CENTURY

The concept of the health has undergone marked changes in the course of history. The World Health Organization has defined it as a "state of complete physical, mental and social well being, not merely the absence of disease". At the Tenth Congress of Catalan- speaking Physicians and Bilogists in Perpignan in 1976, health was defined as a "living autonomously, with solidarity and happiness".
The twentieth century has brought spectacular improvement in the health of Catalans, as demonstrated by decreasing mortality rates, particularly the infant mortality rate, as well as by steadily rising life expectancy. Along with low birth rates, these changes have brought us an ageing population.
Mortality and disability due to cardiovascular diseases have declined, an outcome facilitated by the Mediterranean diet and by better control of blood pressure. At the same time deaths from lung cancer among men, related t the high prevalence of smoking, and from cervical and breast cancer among women have rise. Traffic fatalities are increasing only half as fast as a few years ago. After eradication of some infectious diseases (poliomyelitis, diphtheria and congenital rubella) and decreased morbidity from others (tetanus, whooping cough, mumps and measles), new ones like AIDS have emerged to become the main cause of death among young people.
That environmental factors and individual life-style choices (diet and physicial exercise) play key roles in health maintenance in addition to adequate health care provision is emphasized here. The distribution of health problems will change in the future (more cases of depression, smoking-related disease and deaths by suicide and accidents), as will economic and ethical considerations.

Necrològica

ANTONI LLAURADÓ I TOMÀS (1909-1997)

La cirurgia catalana torna a estar de dol. Després d'una invalidant i llarga malaltia, ens ha deixat, el dia 8 de setembre d'enguany, a l'edat de 88 anys, el Doctor Antoni Llauradó i Tomàs, Membre Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i cirurgià eminent que ocupà càrrecs rellevants a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Llauradó va néixer a Barcelona l'any 1909 i, dels 88 anys que visqué, més de 45 els dedicà a fer de metge-cirurgià. Es llicencià l'any 1932 a la Facultat de Medicina de la ciutat natal i es doctorà l'any 1967, amb una tesi qualificada d'excel·lent. Es va casar amb Mercè Oller, que morí jove, deixant quatre fills (dues noies i dos nois) i un vidu de 40 anys.

La saga de metges Llauradó ve de lluny. No se n'ha trencat la continuïtat des de l'any 1700. Els primers van ésser metges rurals en pobles de la província de Tarragona.

El pare, Francesc Llauradó i Clavé, continuà l'estirp a la ciutat, on despuntà com a bon metge i home de bé. Coneixedor del desig del seu fill de fer-se cirurgià, l'ajudà i l'empenyé a ser-ho, decisió encertada i acreditada pel brillant protagonisme que el fill assoliria fent de cirurgià.

L'amistat del pare amb Corachán facilità l'entrada del fill, l'any 1993, a Sant Pau, on hi retrobà Artigas Riera i Corachán Llor, companys d'estudis de la Facultat, junt a un nombrós grup de cirurgians amb càrrecs ja de responsabilitat en el Servei. D'entre ells destacaven, per edat i formació, Prim i Rosell, Pi i Figueras, i Trueta i Raspall, recentment i àmpliament recordat a Barcelona, que no tardà a aconseguir rellevant ressò universal.

L'octubre de l'any 1933, el Patronat de la primera i breu Universitat Autònoma de Barcelona annexionà al pla d'estudis l'Hospital de Sant Pau i encarregà d'explicar les patologies quirúrgiques, que també es podien cursar a la Facultat del carrer Casanova, a Ribas i Ribas, i Corachán i García. En el servei del darrer, hi vaig conèixer, en funcions de metge adjunt, l'Antoni Llauradó, ensenyant ell i aprenent jo. Durant dos anys, passàrem hores molt a prop, tres diàries al matí, durant els 6 mesos de durada del primer i segon curs de les patologies quirúrgiques, temps sobrat per a encetar una amistat duradora. Llauradó entrà amb bon peu a la docència, mostrant-se bon comunicador i transmetent conceptes i consells amb encert.

L'any 1937 fou mobilitzat i destinat als Hospitals del Front, a primera línia de foc, amb categoria de cap d'equip quirúrgic. Allí, obligat per les circumstàncies anormals, practicà una cirurgia que no li agradava, perquè exigia operar improvisant i amb presses, a corre-cuita, fet que dificultava la pràctica d'una cirurgia ben feta. Encara pitjor, les necessitats d'evacuar aviat una rereguarda allunyada del front deixava sense cap possibilitat de seguir els postoperatoris ni de conèixer els resultats del treball fet. Acabada la guerra, retornà a Sant Pau on la diàspora havia deixat petja.

El seu segon mestre, Puig i Sureda, el va acostar a l'Escola de Malalties de l'Aparell Digestiu, dirigida per Gallart i Monés, on esdevingué cirurgià de confiança, la qual fou mantinguda pels successius directors de l'escola, Pinós i Marsell, i Vilardell i Viñas, que l'actualitzà i equipà amb tecnologies modernes i puntuals en informàtica i diagnòstic per la imatge.

Llauradó recordà amb estima i agraïment el cirurgià Julià i Rosés, el tercer mestre, que li permeté protagonisme deixant que operés molt, cosa gens freqüent aleshores, i menys encara quan el mestre sovint feia d'ajudant de quiròfan.

Un cop superades les etapes prèvies obligades, Llauradó va fer el cim aconseguint l'ascens a cap d'un Servei de Cirurgia a l'Hospital de Sant Pau, on pogué projectar amb comoditat la seva vàlua humana i professional, planificant les coses al seu gust, dedicat quasi exclusivament a la cirurgia de l'aparell digestiu i preferentment a la de vies biliars. En aquells temps era un cirurgià de nom, amb ressò al carrer, i podia permetre's operar en una clínica pròpia. Llauradó en tenia una de molt acreditada i freqüentada a Sants.

A un cirurgià com Llauradó i Tomàs, amb més de 45 anys de bisturí a la mà, li tocà viure temps d'extraordinaris canvis que capgiraren les maneres d'operar i l'equipament dels quiròfans amb tecnologies noves. Vingueren moltes millores, unes esperades des de feia temps i d'altres ni somiades, que arraconaren aquella època en què els cirurgians amb traça i mans ràpides ho eren tot i salvaven algunes vides.

Llauradó viatjà a Alemanya, país a l'època capdavanter en cirurgia, on va fer una profitosa estada de 6 mesos a la Clínica de Schmieden, a Frankfurt, i on va viure de prop i sovint l'extirpació de patologia tumoral del recte per mitjà de tècniques noves, sí conegudes però de pràctica encara poc freqüent a Sant Pau. A l'ensems hi trobà l'oportunitat de veure practicar el canvi en el tractament de fractures, ja amb la metòdica de l'Escola de Böhler. Assíduament visità els serveis punters en cirurgia moderna de París i Lió, i aprofità per a interessar-se en

els avenços aconseguits en anestèsia més enllà dels temps de l'Ombredanne.

No és gens d'estranyar que un cirurgià de llarga vida i creditor de merescut prestigi tingui un currículum curull de mèrits, honors i càrrecs. És remarcable la seva assídua assistència a congressos i reunions de cirurgia general i de l'aparell digestiu d'arreu del món, preferentment d'Europa i de Llatinoamèrica. També és de destacar la quantitat i qualitat de les publicacions i les col·laboracions en llibres i revistes d'àmplia difusió. La capacitat de treball i l'acurada tècnica quirúrgica de Llauradó queden ben paleses en la publicació, en col·laboració amb Camprodón i Bertrán, i altres cirurgians del servei, d'un recull de 1.000 papil·lotomies practicades, amb bons resultats.

Llauradó fou membre de pràcticament totes les societats de cirurgia general i digestiva. Entrà en aquesta Acadèmia fa 17 anys i va ésser distingit amb el premi Virgili que atorga la Societat Catalana de Cirurgia, l'any 1978, en la reunió anual que marca la inauguració del curs. Abans de caure malalt i durant anys, compartírem amb Llauradó animades taules en els àpats tradicionals de cloenda de la sessió inaugural.

Llauradó és l'exemple a imitar. Cirurgià de renom i ressò al carrer, gens cregut ni vanitós, de tracte amable, cordial i generós, de conducta professional responsable i èticament sense fissures. Hàbil i destre, bon coneixedor de la patologia quirúrgica de l'aparell digestiu i amant de la cirurgia ben feta.

Hem fet memòria d'un prestigiós cirurgià català forjat a Sant Pau, que visqué anys operant molt i molt bé, que destacà per la seva capacitat de treball i la manera d'operar, acaronant els teixits a punta de tisores, amb singular traça i encert, sabent el que es feia.

L'Acadèmia s'ajunta i comparteix la tristor dels fills, familiars i amics de l'exemplar cirurgià i enyorat Acadèmic Numerari, Antoni Llauradó i Tomàs.

Descansi en pau.

Gràcies a tots per acompanyar-nos.

E. Sala i Patau

BEL·LARMÍ RODRÍGUEZ I ARIAS (1895-1997)

Al mes de juny de l'any passat va morir, als 102 anys d'edat, Bel·larmí Rodríguez i Àrias, una de les persones més emblemàtiques de la Reial Acadèmia, que després d'una vida molt activa i destacada en el camp de la neurologia, va dedicar-se plenament a la nostra Corporació, en la qual va assumir el secretariat amb caràcter vitalici.

Tot just acabats els estudis a Barcelona, anà a París, on s'integrà a les escoles més avançades de la neurologia francesa. De retorn a Barcelona, dirigí el primer dispensari de neurologia del Clínic i va ingressar al cos de metges municipals, on va crear un dispensari per a malalts mentals, que acabà sent el Centre Neurològic Municipal, del qual fou director fins a la jubilació. Al costat de Lluís Barraquer i d'Antoni Subirana fundà la Sociedad Española de Neurología, de la qual fou secretari primer i president després. Va intervenir en els principals congressos nacionals i internacionals de l'especialitat i són nombroses les publicacions i llibres sobre els més diversos temes de la neurologia. L'any 1924 fou un dels iniciadors de la *Revista de Medicina de Barcelona*, de la qual fou el secretari i principal editorialista i en la qual es recollí la major part de la producció científica de la medicina catalana, durant 12 anys.

L'any 1934 va ser nomenat professor agregat de la Universitat Autònoma amb caràcter oficial, com a primer professor de Neurologia.

L'any 1936, quan sols comptava 40 anys i es trobava en un punt culminant del seu prestigi, va esclatar la Guerra Civil i tot quedà paralitzat. Gairebé al final del conflicte, tingué la desgràcia de perdre la seva muller en un dels bombardejos de la ciutat. Poc després, quan entraren els vencedors, fou castigat a ser empresonat i a la pèrdua dels seus càrrecs per haver qualificat de salvatges els seus mètodes de fer la guerra. Per fortuna, uns quants amics es comportaren noblement i aconseguiren treure'l de la presó i restituir-li el càrrec municipal, que no despertava la cobdícia de ningú. Al cap de poc, aquell departament tornava a tenir l'empenta d'abans i brillava com a quelcom viu enmig de la grisor dels centres oficials d'aleshores.

La Reial Acadèmia va ser de les poques institucions que es va poder mantenir amb una certa independència, gràcies a l'actitud hàbil i decidida dels membres que aleshores la dirigien, de tal forma que cap dels seus membres en va ser expulsat, inclosos tots aquells que havien hagut d'emprendre el camí de l'exili, com el mateix president. A tots se'ls va guardar el lloc, esperant-ne el retorn. Rodríguez i Àrias, que ja n'era corresponent, va ser nomenat numerari l'any 1955 i el 1963, secretari. Tres anys més tard, en vista de la seva tasca extraordinària, es conferí al seu càrrec caràcter de permanència.

L'any 1965, als 70 anys, deixà la direcció de l'Institut Neurològic per a ocupar-se de l'Acadèmia amb dedicació absoluta, cosa que féu amb gran entusiasme i eficiència. Segons em confessava, l'Acadèmia era per a ell no sols un lloc de relació i d'intercanvi d'idees, sinó també una espècie d'oasi o lloc de repòs espiritual, on trobava el necessari reconfortament enmig del difícil i a voltes penós camí de la vida. L'any 1976, en complir 80 anys, l'Acadèmia li dedicà un llibre encapçalat pel president Dr. Pere Domingo, en el qual contribuírem tots els acadèmics amb sengles articles i finalment, l'any 1984, va ser nomenat president d'honor. Per desgràcia, una afecció ocular progressiva li dificultava les lectures i si bé prosseguí encara algun temps amb funcions de secretari, ho féu amb la col·laboració d'alguns membres de la junta, sobretot del Dr. Joaquim Tornos, que acabà substituint-lo amb encert i eficàcia. Després de l'any 1988, amb la vista gairebé perduda del tot, va retirar-se al seu domicili, amorosament assistit pels seus fills i néts, morint plàcidament a l'edat de 102 anys.

Heus aquí un breu resum de la vida de Bel·larmí Rodríguez i Àrias, l'obra del qual quedarà consignada com a modèlica i la seva persona com a figura estel·lar de la nostra Corporació.

M. Broggi i Vallès

MANUEL CARRERAS I ROCA (1915-1998)

El professor Manuel Carreras i Roca nasqué el 4 d'agost de l'any 1915 a la ciutat de Manresa. Fou fill d'un gran lluitador que va emigrar a Anglaterra, on va aconseguir reunir una fortuna, i que, quan va tornar a casa, creà una important indústria, i arribà a presidir la patronal en l'àmbit nacional i va ser alcalde de Manresa fins a la Guerra Civil.

El Professor Manuel Carreras i Roca cursà el batxillerat amb puntuació d'excel·lent en totes les assignatures. Un cop acabat, per complaure la voluntat del seu pare, estudià peritatge mercantil i tèxtil. Però, obtingudes ja les graduacions, insistí a iniciar la carrera de medicina a la Facultat de Barcelona, autofinançant-se els estudis com a jugador de futbol de primera divisió. La seva capacitat de treball queda palesa en aquest fet i també la seva afecció per la pràctica dels esports, en els quals també destacà com a excursionista, home de mar, pescador i navegant. La Guerra Civil va interrompre els seus estudis i serví en l'exèrcit republicà com a tinent de sanitat. Ell m'havia explicat les peripècies que visqué com a participant en el luctuós succés històric i, molt especialment, en el desembarcament de Mallorca l'any 1937, on va estar a punt de perdre la vida i on se salvà de miracle.

Després del forçat parèntesi es formà com a especialista en obstetrícia i ginecologia amb el professor Conill sènior, en qualitat d'alumne intern des de l'any 1939 i com a metge de guàrdia del 1941 al 1944.

Sobre la base d'una sòlida formació en l'especialitat escollida, desenvolupa una pràctica intensa i reeixida. En els inicis professionals, assisteix parts a domicili, dels quals Esteve Padrós, que fou el seu ajudant de l'any 1944 al 1950, fa una descripció, així com de les circumstàncies en què es desenvolupen, en una nota necrològica. Els que hem practicat la mateixa especialitat copsem plenament els matisos d'aquesta descripció, però és difícil d'imaginar per als que no l'han coneguda. Ens consta com, d'entrada, posava ordre en el bullit que solia acompanyar el treball de part. Ho feia amb autoritat i, un cop assolit aquest primer objectiu, es dirigia a la mare amb una seguretat i una tendresa que li infonien pau i esperança. Estava dotat d'unes mans àgils i suaus que portaven a terme el virtuosisme d'una pràctica tocològica, avui arrasada per la cesària. En condicions d'espantosa limitació aplicaba el fòrceps, practicava una versió o portava a terme una reparació de lesions.

La pràctica obstètrica hospitalària la portà a terme, des de l'any 1956, com a cap de clínica obstètrica de la Seguretat Social, i la pràctica privada, com a obstetra ginecòleg, amb una especial vocació per l'esterilitat.

Resumir-ne el currículum és ben difícil, perquè fou membre de la Junta de la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia i de la Secció de l'especialitat a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i participà com a ponent o com a president de nombrosos congressos a Europa i Sudamèrica. Fou membre, en molts casos d'honor, de 29 societats científiques i membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, secció d'història, des del 21 de novembre de 1971. Publicà 44 treballs, 6 llibres i donà conferències arreu.

Cal assenyalar que les seves publicacions obstetricoginecològiques, des de l'any 1970 donen pas a les del camp de la història de la medicina, matèria en la qual fou professor de la Facultat de Medicina de Barcelona l'any 1973. Hi desenvolupa una gran activitat i dirigeix 12 tesis doctorals, nombroses biografies i intervius de figures mèdiques. Entre els anys 1970 i 1992 dedicà a aquesta Reial Acadèmia 15 publicacions, entre les quals ressalto la necrològica del meu pare, pronunciada en aquesta sala l'any 1974. Recordo amb emoció aquell acte i amb el mateix sentiment pronuncio aquestes paraules.

La personalitat del professor Manuel Carreras és polifacètica i l'evolució cap a la història de la medicina no sorprèn en una persona amb una gran curiositat; viatger inquiet i amic dels artistes, d'entre els quals destaco Pruna, Durancamps i Aguilar Moré. En el món de la literatura fou bon amic de Foix, Badosa, Espriu, Riba, Arderiu i Matute; fundador dels premis Leopoldo Alas de contes literaris i també de l'Editorial Dips-Rocas, que edita revistes mèdiques de gran prestigi.

En un escrit seu de l'any 1995 reflexiona sobre la immersió social de la maduresa i diu: "travessem la llinda de la llar i ens internem en la comunitat civil a la recerca d'un perfeccionament superior. I és llavors quan la nostra vida adquireix la seva plenitud i quan, d'altra banda, ens convertim en elements actius en un intercanvi magníficament enriquidor, la finalitat del qual la constitueix el bé comú, raó de ser de la mateixa societat civil".

La seva vida va transcórrer ben d'acord amb les idees que acabo de transcriure. Per a culminar-ne el ràpid record destaco que practicà una virtut ben difícil per a homes tan ocupats i és que mai no descurà l'atenció a la seva família, esposa, fills i néts. A tots ells, i molt especialment al seu fill i successor Manuel Carreras i Padrós, dono en nom dels acadèmics i en el meu propi el nostre condol per la pena de la pèrdua el 12 de gener d'enguany del recordat il·lustre acadèmic Dr. Manuel Carreras i Roca.

J.M. Dexeus i Trias de Bes

FUNDACIÓ PERE VIRGILI

c. Carme 47. 08001 Barcelona. Tel. 933 171 686; Fax 933 171 686

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb la intenció d'ajudar a resoldre els problemes de finançament, que impedeixen que desenvolupi les activitats al nivell que voldria, ha creat la Fundació Pere Virgili, amb la finalitat bàsica que li serveixi de suport. Ha estat escollit el nom simbòlic de Pere Virgili (1699-1776), que fou el puntal més important de la renaixença de la medicina catalana en el segle XVIII i creador del Reial Col·legi de Cirurgia, ubicat precisament en l'edifici que ara hostatja l'Acadèmia, i de qui ben aviat es commemorarà el tercer centenari del naixement.

La Fundació Pere Virgili ha estat creada el mes de maig de 1997. Fou constituïda per deu patrons fundadors: la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, el Banc Sabadell, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, la Fundació Dr. Antoni Esteve, la Fundació Espriu, la Fundació Mèdica Catalana, la Fundació Puig, la Fundació Uriach 1838, i Nestlé España S.A., que han aportat en conjunt un fons inicial de cinc milions i mig de pessetes. El seu president és el de l'Acadèmia i la seva seu és a l'edifici de l'Acadèmia.

Està prevista la incorporació de nous membres en qualitat de patrons i de membres col·laboradors de la fundació, amb una quota anual, de l'ordre d'un milió de pessetes en la categoria de membres honorífics, de dues-centes cinquanta mil per a membres protectors i de cinquanta mil per als Amics de la Fundació. Així es podria donar suport a les necessitats de l'Acadèmia, que són bàsicament de dos tipus: ordinàries de manteniment de l'activitat i extraordinàries de reparació de l'edifici.

Ja s'han incorporat com a membres que donen suport les següents entitats: Almirall Prodesfarma, Bristol Myers S.A., Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Fundació Uriach 1838, Grup Ferrer Internacional S.A., Laboratorios Menarini S.A., Laboratoris Astra, Laboratoris del Dr. Esteve S.A., Novartis, Química Farmacéutica Bayer S.A., Laboratoris Fardi S.A. y Sanofi Winthrop S.A.

MEMÒRIA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA. 1997

La memòria de les activitats de l'Acadèmia, durant l'any 1997, es divideix en els següents apartats:

1. Moviment del personal acadèmic
2. Sessions de l'Acadèmia
3. Col·loquis i reunió anual
4. Canvis estructurals en els nous estatuts i en el reglament de l'Acadèmia
5. Constitució de la Fundació Pere Virgili
6. Revista de l'Acadèmia
7. Modificacions en la Junta de Govern
8. Altres activitats

Moviment del personal acadèmic

Ingrés de nous acadèmics

- Durant l'any 1997 han ingressat dos acadèmics numeraris, un acadèmic d'honor i nou acadèmics corresponents.

* Han ingressat com a acadèmics numeraris:

Francesc Solé i Balcells (27 d'abril de 1997) Discurs: "El com i el perquè de les malalties de la pròstata" (Resposta: Dr. Àngel Ballabriga i Aguado)

Edelmira Domènech Llaberia (8 de juny de 1997). Discurs: "La salut mental dels adolescents a Catalunya a finals del segle XX" (Resposta: Dr. Moisès Broggi)

* Ingrés d'un acadèmic d'honor:

Valentí Fuster de Carulla (18 d'abril de 1997). Discurs: "Reflexions sobre la supervivència de la investigació biomèdica: un procés d'educació". (Benvinguda: Dr. Jordi Sans)

* Ingrés d'acadèmics corresponents:

* sessió de 18 de febrer de 1997

- José R. Navarro Carballo: "Responsabilitat civil del metge"
- Pompeu Pascual i Busquets: "Els metges de la família Pascual de Llebers"
- Pau Salvà i Lacombe: "Plantes medicinals. Problemàtica per al metge"

* sessió de 4 de març de 1997

- Joan Figueras i Felip: "Característiques del donant de fetge per a trasplantament"

* sessió de 6 de maig de 1997

- Carles Besses i Raebel: "Reflexions sobre la trombocitèmia essencial. Una hemopatia amb manifestacions vasculars plurisistèmiques"
- Ernest Mallat i Desplats: "Implants osteointegrats"
- Eduard Padrós i Fradera: "Noves possibilitats terapèutiques de l'odontoestomatologia d'interès per al metge no estomatòleg"

* Sessió de 20 de maig de 1997

- Ramon Balius i Matas: "Fractures de sobrecàrrega"

FUNDACIÓ PERE VIRGILI

c. Carme 47. 08001 Barcelona. Tel. 933 171 686; Fax 933 171 686

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb la intenció d'ajudar a resoldre els problemes de finançament, que impedeixen que desenvolupi les activitats al nivell que voldria, ha creat la Fundació Pere Virgili, amb la finalitat bàsica que li serveixi de suport. Ha estat escollit el nom simbòlic de Pere Virgili (1699-1776), que fou el puntal més important de la renaixença de la medicina catalana en el segle XVIII i creador del Reial Col·legi de Cirurgia, ubicat precisament en l'edifici que ara hostatja l'Acadèmia, i de qui ben aviat es commemorarà el tercer centenari del naixement.

La Fundació Pere Virgili ha estat creada el mes de maig de 1997. Fou constituida per deu patrons fundadors: la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, el Banc Sabadell, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, la Fundació Dr. Antoni Esteve, la Fundació Espriu, la Fundació Mèdica Catalana, la Fundació Puig, la Fundació Uriach 1838, i Nestlé España S.A., que han aportat en conjunt un fons inicial de cinc milions i mig de pessetes. El seu president és el de l'Acadèmia i la seva seu és a l'edifici de l'Acadèmia.

Està prevista la incorporació de nous membres en qualitat de patrons i de membres col·laboradors de la fundació, amb una quota anual, de l'ordre d'un milió de pessetes en la categoria de membres honorífics, de dues-centes cinquanta mil per a membres protectors i de cinquanta mil per als Amics de la Fundació. Així es podria donar suport a les necessitats de l'Acadèmia, que són bàsicament de dos tipus: ordinàries de manteniment de l'activitat i extraordinàries de reparació de l'edifici.

Ja s'han incorporat com a membres que donen suport les següents entitats: Almirall Prodesfarma, Bristol Myers S.A., Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Fundació Uriach 1838, Grup Ferrer Internacional S.A., Laboratorios Menarini S.A., Laboratoris Astra, Laboratoris del Dr. Esteve S.A., Novartis, Química Farmacèutica Bayer S.A., Laboratoris Fardi S.A. y Sanofi Winthrop S.A.

MEMÒRIA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA. 1997

La memòria de les activitats de l'Acadèmia, durant l'any 1997, es divideix en els següents apartats:

1. Moviment del personal acadèmic
2. Sessions de l'Acadèmia
3. Col·loquis i reunió anual
4. Canvis estructurals en els nous estatuts i en el reglament de l'Acadèmia
5. Constitució de la Fundació Pere Virgili
6. Revista de l'Acadèmia
7. Modificacions en la Junta de Govern
8. Altres activitats

Moviment del personal acadèmic

Ingrés de nous acadèmics

- Durant l'any 1997 han ingressat dos acadèmics numeraris, un acadèmic d'honor i nou acadèmics corresponents.

* Han ingressat com a acadèmics numeraris:

Francesc Solé i Balcells (27 d'abril de 1997) Discurs: "El com i el perquè de les malalties de la pròstata" (Resposta: Dr. Àngel Ballabriga i Aguado)

Edelmira Domènech Llaberia (8 de juny de 1997). Discurs: "La salut mental dels adolescents a Catalunya a finals del segle XX" (Resposta: Dr. Moisès Broggi)

* Ingrés d'un acadèmic d'honor:

Valentí Fuster de Carulla (18 d'abril de 1997). Discurs: "Reflexions sobre la supervivència de la investigació biomèdica: un procés d'educació". (Benvinguda: Dr. Jordi Sans)

* Ingrés d'acadèmics corresponents:

* sessió de 18 de febrer de 1997

- José R. Navarro Carballo: "Responsabilitat civil del metge"
- Pompeu Pascual i Busquets: "Els metges de la família Pascual de Llebers"
- Pau Salvà i Lacombe: "Plantes medicinals. Problemàtica per al metge"

* sessió de 4 de març de 1997

- Joan Figueras i Felip: "Característiques del donant de fetge per a trasplantament"

* sessió de 6 de maig de 1997

- Carles Besses i Raebel: "Reflexions sobre la trombocitèmia essencial. Una hemopatia amb manifestacions vasculars plurisistèmiques"
- Ernest Mallat i Desplats: "Implants osteointegrats"
- Eduard Padrós i Fradera: "Noves possibilitats terapèutiques de l'odontoestomatologia d'interès per al metge no estomatòleg"

* Sessió de 20 de maig de 1997

- Ramon Balius i Matas: "Fractures de sobrecàrrega"

– Santiago Dexeus i Trias de Bes: "Repercussió de la cirurgia endoscòpica en les indicacions de la histerectomia i en el propi cirurgià"

Elecció

– Han estat elegits tres nous acadèmics numeraris i un acadèmic corresponent estranger, a més del tres corresponents per premi.

Al ple del 18 de febrer va ser elegit acadèmic numerari el Dr. Josep Mascaró i Ballester, catedràtic de dermatologia. Al ple del 2 de desembre van ser elegits els doctors Manuel Cruz Hernández, catedràtic de pediatria, i Francesc Abel i Fabre, director del Centre Borja de Bioètica.

– Fou elegit membre corresponent estranger, en el ple del 17 d'abril, el Dr. Francisco Giral González, resident a Mèxic, antic catedràtic de Química i personalitat important de la indústria química i farmacèutica de Mèxic.

També han estat nomenats acadèmics corresponents, per premi, els doctors Josep Ramis i Pujol, Ramon Balius i Matas, i Joan Figueras i Felip.

El nombre actual d'acadèmics numeraris és de 51, a més de 5 d'electes, el que significa 56 acadèmics, el nombre més alt en la història de la institució, proper al màxim fixat per reglament, de 60 acadèmics numeraris. El nombre de corresponents per elecció és de 106, a més de 12 places en curs d'elecció. Per premi, és de 56. Hi ha també 2 acadèmics emèrits, 10 acadèmics d'honor i 83 acadèmics corresponents estrangers. En conjunt, 313 membres acadèmics, en les seves diverses formes.

Baixes

L'Acadèmia ha hagut de lamentar aquest any la pèrdua de sis acadèmics:

* Manuel Carreras i Roca, que morí el 12 de gener. Nascut a Manresa l'any 1914, hi havia ingressat el 1971 amb un discurs sobre efemèrides històriques de la nostra Acadèmia. Va fer la lliçó inaugural de l'any 1992.

* Bel·larmí Rodríguez Àrias morí el 22 de juny, pocs dies abans de complir els 102 anys d'edat. Nascut a Barcelona el 1895, havia estat un dels motors de la *Revista Médica de Barcelona* des de l'any 1924 fins a l'any 1936. Va ser professor de neurologia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ingressà a l'Acadèmia el 1956, en fou secretari general durant vint anys, des de 1963 a 1983, i president d'honor des del 1984. Dimití per voluntat pròpia del seu càrrec d'acadèmic numerari l'any 1987, i va passar a emèrit.

* Antoni Llauradó i Tomàs morí el 8 de setembre. D'una llarga nissaga de cirurgians, hi ingressà l'any 1979 amb un discurs sobre la cirurgia que havia viscut. Cirurgià pràctic de gran habilitat, fou cap de servei de l'Hospital de Sant Pau i tresorer molt acurat de la nostra Acadèmia.

* Josep M. Cañadell i Vidal, membre corresponent per elecció des de l'any 1949, endocrinòleg, havia ajudat a l'Acadèmia en tasques de secretaria.

* Lluís Batalla i Sabater, uròleg, membre corresponent per elecció des de l'any 1952, havia cedit llibres de la seva biblioteca personal a la de l'Acadèmia.

* Francesc Ribas i Pontí, membre corresponent per premi des de l'any 1996, havia fet un treball important sobre les epidèmies en els goigs populars i havia publicat un llibre sobre el vell Hospital de la Santa Creu, origen de l'àrea sanitària en què nosaltres mateixos estem.

SESSIONS DE L'ACADÈMIA

** Sessió d'inici de curs (26 de gener de 1997)

Lliçó inaugural. Dr. Francesc Puchal i Mas: "Influència i repercussió de la nutrició animal en la salut humana"

En aquesta sessió foren atorgats els premis de l'Acadèmia següents, corresponents a l'any 1996.

Premi de "Medicina i sanitat comarcal", al treball presentat amb el lema "Maresme", del qual és autor el Dr. Josep Ramis i Pujol.

Premi "Llegat del professor Lluís Sayé", al treball "Col·legi de cirurgians", del qual és autor el Dr. Josep M. Massons i Esplugas.

Premi a la millor tesi doctoral al treball "Espondilosis y espondilolistesis en deportistas. Factores diagnósticos y estudio longitudinal", del qual és autor el Dr. Ramon Balius i Matas.

Premi atorgat conjuntament per l'Acadèmia i la Fundació Catalana de Trasplantaments, al treball "The deleterious effect of donnor high plasma sodium and extended preservation in liver transplantation", del qual és primer signant el Dr. Joan Figueras i Felip.

** Altres sessions solemnes foren les tres esmentades per a la recepció de dos acadèmics numeraris i d'un d'honor. També se celebrà una sessió necrològica, el dia 18 de novembre de 1997, en record dels tres acadèmics numeraris traspassats, els doctors Carreras i Roca, Rodríguez Àrias, i Llauradó i Tomàs. La seva obra i personalitat foren glossades pels doctors Josep M. Dexeus i Trias de Bes, Moisès Broggi i Vallès, i Emili Sala Patau, respectivament.

** Sessions ordinàries

Col·loquis de l'Acadèmia

* I. "Biologia molecular del càncer", 11 de febrer de 1997

Moderador: Dr. Antoni Cardesa. Hi intervenen: Dr. Elías Campo, Dr. Carlos Cordón-Cardo, Dr. Gabriel Capellà i Dr. Pere L. Fernández.

* II. "La reforma del sistema MIR. Una assignatura pendent"

Moderador: Dr. Màrius Foz. Hi intervenen: Dr. Francesc Vilardell i Viñas, Dr. Amando Martín Zurro, Dr. Ramon Pujol i Farriols, i Dr. Albert Oriol i Bosch.

* III. "El consentiment informat i la seva flexibilitat"

Moderador: Dr. Moisès Broggi i Vallès. Hi intervenen: Dr. O. Quintana, Dr. Marc A. Broggi i Dr. James Drane.

Taula rodona sobre l'"Ensenyament de la medicina avui", 11 de març de 1997

Moderadors: Dr. Antoni Caralps i Dr. Marc A. Broggi. Hi participen: Dr. Joan Campàs, Dr. Ramon Pujol, Dra. Neus Sanmartín i Dr. Miquel Vilardell

Taula rodona sobre "Medicina auxiliar a la Reial Acadèmia", 16 de desembre de 1997

Moderador: Dr. Antoni Caralps. Hi intervenen: M. Teresa Cabarrocas, M. José Rodríguez i Mendieta, Miguel Ángel Sánchez de la Cueva, Pilar Rodríguez Benito.

* A més, el 6 de novembre de 1997 el Dr. Vladimir Hachinski, de la Universitat de Western Ontario, Canadà, va fer una conferència extraordinària sobre el tema "Cerebro lastimado, corazón herido".

COL·LOQUIS I REUNIÓ ANUAL

S'han continuat celebrant els col·loquis de l'Acadèmia (14 des de l'inici d'aquesta activitat, l'any 1994). Per a la primera meitat de l'any 1998 se n'han previst dos més. A més, la institució ha acordat celebrar una reunió anual que tracti un tema rellevant dins de les tasques de l'Acadèmia i en el qual, previ debat del Ple, es faci pública la posició pró-

pia de l'Acadèmia. El primer serà sobre "La formació en medicina" i se n'ha encarregat la coordinació al Dr. Ciril Rozman.

Canvis estructurals amb els nous Estatuts i reglament de l'Acadèmia

Els estatuts anteriors dataven del mes d'abril de 1988, quan era president el Dr. Moisès Broggi, i eren els primers, en molts anys, que es van fer des de l'Acadèmia i no imposats de fora. Han permès una obertura de la institució en alguns aspectes, però tot i que han passat pocs anys hi havia punts que ha calgut anar adequant.

El més important i visible ha estat l'adequació del nom, ja que han passat a dir-se "de Catalunya" en lloc de "de Barcelona" en el títol, el que ja es va fer l'any 1992. Aquest any 1997 s'ha fet una revisió global, aprovada pel ple de 17 d'abril, per Resolució del Departament de Justícia de 25 de setembre i publicada al DOGC de 3 d'octubre. El mateix ple va aprovar el reglament que detalla el desenvolupament d'alguns punts dels estatuts.

Un dels canvis potser més visibles i que han de tenir una repercussió teòrica i pràctica en la vida de la institució precisa, amb una norma de mínims, la procedència geogràfica dels acadèmics numeraris, que fins ara eren només de Barcelona. S'indica de manera expressa, a l'article 43, que "cada secció haurà de tenir, com a mínim, un membre numerari no resident a la ciutat de Barcelona". Això significa que en un termini que no ha de ser gaire llarg en la vida de l'Acadèmia, un 10% del nostre escalafó numerari ha de ser resident fora de l'àmbit d'influència de Barcelona, el que farà que sigui realment una Acadèmia de Catalunya en el nom i en els fets. En el cas dels corresponents per elecció, l'obertura ha estat més fàcil, ja que 17 membres, el que representa el 16%, consten com a residents i que treballen fora de l'àrea de Barcelona. En el cas dels corresponents per premi, aquesta diferència geogràfica no es planteja, però el 26% ens consten com a residents fora de la nostra àrea metropolitana.

Un altra modificació substancial, però en aquest cas que afecta només la vida interna de l'Acadèmia, ha estat una limitació, més aviat discreta, de la modalitat de vot per correu.

CONSTITUCIÓ DE LA FUNDACIÓ PERE VIRGILI

Probablement sigui el fet més important en la vida de l'Acadèmia aquest any. La fundació ha estat creada amb la finalitat principal de ser un element de suport per a les activitats de l'Acadèmia. L'acord de creació es va prendre en el Ple de 23 de maig de 1996 i la seva constitució oficial, en escriptura atorgada pel notari Sr. Josep López Burniol, que va col·laborar desinteressadament amb l'Acadèmia, es va fer el dia 9 de juny de 1997 a la Sala de la Biblioteca del segle XIX.

Les subvencions ordinàries de l'Acadèmia, que són escasses, permeten ben just la vida ordinària mínima. Per tal de desenvolupar altres activitats, però sobretot de mantenir i millorar l'edifici, s'ha creat una fundació que permeti captar fons per al suport de les nostres activitats.

S'ha pensat en el nom de Pere Virgili, que fou creador del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, instal·lat en aquest mateix edifici on ara som. L'any que ve, a més, se celebrarà el tercer centenari del naixement de Virgili. La Fundació s'ha constituït amb deu patrons fundadors, que han aportat en conjunt cinc milions i mig de pessetes, que és el capital fundacional. Aquests patrons són la mateixa Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, el Col·legi de Metges de Barcelona, les fundacions Uriach 1838, Dr. Antoni Esteve, Puig, Mèdica Catalana, Espriu, Banc Sabadell i Nestlé España S.A.

El president de la Fundació Pere Virgili és el mateix de l'Acadèmia i la Fundació té el seu local social en el nostre edifici. S'ha endegat una campanya de captació d'ajuts i esperem que, malgrat les dificultats econòmiques, que són un mal crònic, pugui complir dignament la funció per a la qual ha estat creada.

LA REVISTA DE L'ACADÈMIA

El qui era director de la revista de l'Acadèmia, el Dr. Francisco García Valdecasas, va presentar la renúncia per raons d'edat. Per tal de facilitar la nova estructuració de la publicació també van presentar la renúncia el Dr. Francesc Climent, secretari de la revista, i la resta de l'equip directiu. L'Acadèmia agraeix públicament la seva col·laboració, eficaç i desinteressada durant 11 anys, que ha permès tenir un òrgan d'expressió i reflectir l'esperit i les activitats de la corporació. Per aquesta raó l'any 1997 només va aparèixer un número de la publicació, el 34.

S'ha encarregat la direcció de la nova etapa al Dr. Màrius Foz, acadèmic numerari, el qual ha presentat un projecte, acceptat per la Junta i el Ple, de publicació també quadrimestral, ja amb tres números l'any 1998, vinculada, en la part tècnica, a Edicions Doyma. Es manté la presentació i s'incrementa el format. Recollirà bàsicament les activitats de l'Acadèmia i, de manera més específica, els col·loquis.

MODIFICACIONS EN LA JUNTA DE GOVERN

En el Ple del dia 6 de març es va fer la renovació parcial reglamentària de la Junta de Govern de l'Acadèmia, que va quedar constituïda de la forma següent:

President: Dr. Josep Laporte; *Vicepresident*: Dr. Josep Antoni Salvà; *Secretari General*: Dr. Jacint Corbella; *Vicesecretari*: Dr. Francesc Climent; *Secretari d'Actes*: Dr. Alfons Gregorich; *Tresorer*: Dr. Josep Sèculi; *Bibliotecari*: Dr. Josep M. Massons; *Arxiver*: Dr. Josep Esteve; *Vocals*: Dr. Jordi Sans i Dr. Joaquim Tornos. Va cessar com a membre de la Junta el Dr. Jordi Gras, molts anys vicepresident, al qual el president, Dr. Laporte, va agrair la col·laboració perllongada en les tasques de l'Acadèmia.

Posteriorment, el Dr. Josep Sèculi va presentar la renúncia al càrrec de tresorer, per raons de salut. En remodelació interna de la Junta, el Dr. Joaquim Tornos passà a tresorer i el Dr. Sèculi, a vocal. Van prendre possessió el dia 12 de juny.

El Ple del 3 de juliol va acordar, per unanimitat, el nomenament del Dr. Moisès Broggi, antic president dos del 1979 al 1993, com a President d'Honor de l'Acadèmia.

ALTRES ACTIVITATS

* S'ha editat un fulletó desplegable en cinc parts, en color, d'informació i guia de l'Acadèmia, que es reparteix en les visites col·lectives i individuals, i també un fulletó per a la presentació de la Fundació Pere Virgili.

* L'Acadèmia ha iniciat les tasques per a disposar d'una pàgina web. El Dr. Solé Balcells ha presentat una proposta, en el Ple del 2 de desembre, i se li ha encarregat la direcció i seguiment d'aquest punt.

* Reunió d'acadèmies iberoamericanes. El mes de novembre es va fer a Madrid una reunió de les acadèmies iberoamericanes de medicina. La nostra Acadèmia va enviar-hi com a representant el Dr. Josep M. Massons, el qual va desenvolupar una ponència sobre els problemes de la superpoblació.

* L'Acadèmia ha participat en l'atorgament del Premi d'Història de la Medicina de l'Arxiu Històric Simeó Selga del Bages, que fou guanyat pel nostre membre numerari Dr. Josep M. Massons.

** L'Acadèmia també ha participat, amb caràcter institucional, en els actes del centenari del naixement del Dr. Josep Trueta, recolzant la iniciativa del Col·legi de Metges de Barcelona de declarar el 1997 any Trueta. El dia 17 d'octubre es va fer una activitat conjunta a l'Aula Ramon i Cajal de la Facultat de Medicina, en la qual, entre altres conferenciants, va intervenir en representació de l'Acadèmia el Dr. Josep M. Massons.

En aquesta línia de record històric, aquest any 1998 ha estat declarat any Pedro i Pons pel Col·legi de Metges, responent al centenari del naixement del Dr. Agustí Pedro i Pons (1898-1971), que va ser catedràtic de Patologia Mèdica, personalitat notable de la medicina catalana i president de la nostra institució durant 14 anys, de 1957 a 1971. L'Acadèmia participarà en els actes del centenari segons un programa que ara s'està elaborant.

I l'any 1999 caldrà celebrar, com es mereix, el tercer centenari del naixement de Pere Virgili (1699-1776), nat a Vilallonga del Camp, que fou creador del Reial Col·legi de Cirurgia, el responsable directe que es bastís aquest edifici magnífic, on ara som, i que, cal dir-ho perquè amb la distància del temps la noció de la seva importància es va esvaint, fou una de les personalitats més decisives en l'evolució de la sanitat catalana. No és per res que a l'amfiteatre de l'Acadèmia, la que anomenem sala Gimbernat, l'efigie més destacada sigui la de Pere Virgili.

* Finalment, perquè correspon als últims dies de l'any, cal esmentar que s'ha rebut el pagament definitiu de la casa del carrer de Banys Nous que havia estat, ja fa gairebé setanta anys, seu de l'Acadèmia.

Aquest és el resum de les nostres activitats durant l'any 1997, un més en la sèrie llarga, de 227 anys, de l'Acadèmia.

JACINT CORBELLA I CORBELLA
Secretari General

Premis de l'Acadèmia de l'any 1997

L'Acadèmia ha concedit els següents premis, corresponents a la convocatòria de l'any 1997.

* Premi de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya a la millor tesi doctoral. Atorgat a la senyora Cristina Gutiérrez i Fornés, presentada a la facultat de medicina de la Universitat Rovira i Virgili de Reus

* Premi del Dr. Salvador i del Dr. Josep M. Gil-Vernet. Atorgat al treball presentat sota el lema "Muscularis Mucosae"

* Premi atorgat conjuntament per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i la Fundació Catalana de Trasplantament, al millor treball publicat l'any anterior, atorgat al Dr. Vicenç Martí i Claramunt, primer signant d'un article publicat a l'*American Journal of Cardiology* 1997; 80: 746-750.

* Premi del Llegat Dr. Lluís Sayé a un estudi sobre l'acadèmic Dr. Joan B. Bahí, presentat pel Dr. Josep M. Massons, que va fer donació del seu import a l'Acadèmia.

* S'han declarat deserts els premis de Medicina i Sanitat Comarcal i d'Assistència Sanitària Col·legial.

Es convoquen per a l'any 1998 els premis convocats l'any anterior i, a més, el del Llegat del Dr. Visa i Tubau, i el Llegat del Dr. Antoni Puigvert, antic acadèmic numerari.

Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENT:	Josep Laporte i Salas
VICEPRESIDENT:	Josep A. Salvà i Miquel
SECRETARI GENERAL:	Jacint Corbella i Corbella
VICESECRETARI:	Francesc Climent i Montoliu
SECRETARI D'ACTES:	Alfons Gregorich i Serrat
TRESORER:	Joaquim Tornos i Solano
BIBLIOTECARI:	Josep M. Massons i Esplugas
VOCAL:	Jorsi Sans i Sabrafèn
ARXIVER:	Josep Esteve i Soler
PRESIDENT D'HONOR:	Moisès Broggi i Vallès

ACADÈMICS NUMERARIS

SECCIÓ PRIMERA (FONAMENTALS)

1961 Jordi Gras i Riera (president)
1978 Domingo Ruano i Gil
1983 Santiago Vidal i Sivilla
1983 Lluís Vallmitjana i Rovira
1992 Soledat Woessner i Casas
1993 Antoni Cardesa i Garcia
1996 Antoni Tejedo i Mateu
1996 Josep Domènech i Mateu

SECCIÓ SEGONA (MEDICINA)

1974 Àngel Ballabriga i Aguado (president)
1974 Alfons Balcells i Gorina
1981 Joaquim Tornos i Solano
1984 Antoni Caralps i Riera
1988 Lluís Barraquer i Bordas
1989 Jordi Sans i Sabrafèn
1990 Ciril Rozman i Borstnar
1990 Francesc Vilardell i Viñas
1993 Josep M. Moragas i Viñas
1993 Miquel Torner i Soler
1995 Màrius Foz i Sala
1996 Lluís Revert i Torrellas
1998 Josep M. Mascaró i Ballester
Manuel Cruz Hernández (electe)

SECCIÓ TERCERA (CIRURGIA)

1966 Moisès Broggi i Vallès (President)
1981 Josep M. Gil-Vernet i Vila
1982 Víctor Conill i Serra
1988 Joaquim Barraquer i Moner
1982 Rafael Fsteve de Miguel
1990 Josep Traserra i Pararedа
1993 Jaume Planas i Guasch
1994 Emili Sala i Patau
1994 Josep M. Caralps i Riera
1995 Josep M. Dexeus i Trias de Bes
1997 Francesc Solé i Balcells

SECCIÓ QUARTA (HIGIÈNE I MEDICINA SOCIAL)

1984 Francesc Climent i Montoliu (president)
1988 Alfons Gregorich i Servat
1991 Josep Esteve i Soler
1994 Josep Espriu i Castelló
1995 Gabriel Ferraté i Pascual
1995 Miquel A. Asenjo i Sebastián
1995 M. Àngels Calvo i Torras
1996 Jordi Vives i Puiggrós

SECCIÓ CINQUENA (FARMACOLOGIA I TERAPÈUTICA)

1966 Francisco García Valdecasas i Santamaría (president)
1974 Josep A. Salvà i Miquel
1978 Josep Laporte i Salas
1978 Ramon San Martín i Casamada
1983 Joan Sabater i Tobella
1987 Joan Uriach i Marsal
1998 Ricard Castillo i Cofiño
1998 Francesc Domènech i Tormé (electe)

SECCIÓ SISENA (MEDICINA LEGAL, PSIQUIATRIA I HISTÒRIA DE LA MEDICINA)

1977 Francesc Puchal i Mas (president)
1985 Jacint Corbella i Corbella
1992 Josep M. Massons i Esplugas
1996 Carles Ballús i Pascual
1997 Edelmira Domènech i Llaberia
Francesc Abel i Fabre (electe)

ACADÈMICS EMÈRITS

Francesc González i Fustè
Joan Gibert i Queraltó

ACADÈMICS D'HONOR

ESPANYOLS

1977 Joan Oró i Florensa
1984 Juan José Barcia Goyanes
1984 Pedro Laín Entralgo
1989 Frederic Mayor i Zaragoza
1996 Valentí Fuster de Carulla

ESTRANGERS

1978 Miguel Herrera Figueroa
1978 C. David Pedro
1983 Andor Syentivany
1985 George Lanteri-Laura
1996 Salvador Moncada

ACADÈMICS CORRESPONENTS AMB CARÀCTER NAT

Tots els acadèmics numeraris de les RR.AA. de Medicina de l'Estat

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER PREMI

1949 Joan Ripoll i Borrell
1951 Josep M. Guix i Melcior
1951 Ignasi Ponce de León i Castell
1951 Gaspar Alomar i Guinart
1951 Josep M. Masriera i Sagalés
1952 Juan Jiménez-Castellanos i Calvo-Rubio
1954 Àngel Latorre i Rios
1954 Fèlix Pumarola i Busquets
1954 Carles Soler i Durall
1954 Felip Bastos i Mora
1955 Francesc Salamero i Raymundo
1959 Juan Ocaña Sierra
1960 María de la O. Rodríguez i López
1960 Frederic Coromines i Beret
1962 Ricard Pons i Bartran
1962 Pere Costa i Batllori
1964 Pedro Páramo González
1964 José de Portugal Álvarez
1964 Antoni Subias i Fages
1965 José M. Usandizaga Pombo
1967 Antoni Rodríguez i Torres
1968 Pere de March i Ayuela
1969 Antoni Secanell i Sala
1970 Josep M. Capdevila Mirabet
1971 María Beltrán i Dubon
1972 August Corominas i Vilardell
1973 Antoni Bayés de Luna
1974 Jaume Guàrdia i Massó
1977 Carles Ibàñez i Fina
1977 Joan L. Vives i Corrons
1978 María Teresa Jiménez de Anta i Losada
1978 Carles Piqué i Vidal
1982 Cristóbal Zaragoza Fernández
1983 Bartomeu Nadal i Moncadas
1984 Elisabet del Arno i Laforga
1984 Francesc X. Cabañes i Sanz
1984 Gerard Martí i Rodríguez
1985 Miquel Vilardell i Tarrés
1985 Josep Vidal i Tort
1989 Roser Monforte i Martínez
1989 Lluís Salleras i Sanmartí
1990 Joan Faig i Garrober
1991 Margarida Luna i Descalzo
1992 Manuel Escudé i Aixelà
1992 Conrad Curtó i Soler
1993 Miquel Vilardell i Ynaraja
1993 Josep M. Campistol i Plana
1994 Rafael Albiol i Molné
1994 Daniel Montañà i Buchaca
1994 Carles Esteve de Miguel i Honour
1995 Manuel Gené i Badia
1995 Nicolau Barquet i Esteve
1996 Joan Ribas i Deix
1997 Josep Ramis i Pujol
1997 Ramon Balius i Matas
1997 Joan Figueras i Felip
1998 Cristina Gutiérrez i Fornés
1998 Vicenç Martí i Claramunt

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER ELECCIÓ

1932 Enric Fernández i Pellicer
1932 Jaume Pi-Sunyer i Bayo
1943 Xavier Farrerons i Co (4)
1943 Josep Soler Roig i Elizaicin
1946 Manuel Girona i Callol
1946 Jaume Vilahur i Pedrals (3)
1946 Enric Juncadella de Ferrer
1946 Felipe de Dulanto Escofet
1948 Víctor Salleras i Linares (3)
1949 Josep M. Biel i Casals
1949 Josep M. Ferrando i Botet
1950 Rafael Pulido i Cuchi
1952 Carles Oliveras de la Riva
1953 Jaume Vall i Bañeras
1954 Emilio de la Peña Pineda
1958 Lluís Carol i Murillo
1959 Joan Pedro-Botet i Pons (2)
1959 Gerard del Río i Pérez
1960 Santiago Tintoré i Ferrer (2)
1960 Santos de Miguel i del Campo
1977 Manuel Carreras i Padrós
1977 Isidre Claret i Corominas
1977 Santiago Ripoll i Girona (5)
1979 Antoni Rodríguez i Arias
1979 Josep Ramon Armengol i Miró
1979 Ramon Jordi i Gonzàlez (6)
1979 Josep Maria Calbet i Camarasa (6)
1979 Jaume Palou i Monzó (3)
1979 Xavier Piulachs i Clapera (3)
1980 Joan Torras i Trias (4)
1980 Ramon Trias i Rubies (3)
1980 Ignasi M. Aragó i Mitjans (4)
1982 Demetri Pita i Salorio (3)
1983 Alfred Arruga i Forgas (3)
1983 Lluís Cornudella i Mir (1)
1983 Francesc Barnosell i Nicolau
1983 Guillem Mayoral i Herrero (3)
1983 Gerard Manresa i Formosa (2)
1983 Abelard Guarner i Vila (6)

1983 Gabriel Gili i Cirera (3)
1983 Maria Teresa Ribera i Martí (1)
1983 Josep M. Suñé i Arbussà (5)
1983 Camil Mundet i Torrellas (3)
1984 Juan Carlos García-Valdecasas i Salgado (3)
1984 Felip Cid i Rafael
1988 Lluís Treserra i Llauradó
1990 Ramon Balius i Juli (3)
1990 Maria Teresa Gallart i Gallart
1990 Joaquim Gironella i Coll
1990 Josep Lluís Martí i Vilalta (2)
1990 Eulàlia Planas i Domingo (5)
1990 Margarida Puig i Riera de Conias (5)
1990 Jordi Puig i Lacalle (3)
1990 Miquel A. Nalda i Felipe (3)
1990 Antoni Nadal i Valldaura (3)
1990 Lluís Daufí i Moreso (2)
1992 Marc A. Broggi i Trias
1992 Eduard Tolosa i Sarró (2)
1992 Manuel Guix i Pericàs
1992 Ramon Calsapeu i Cantó
1992 Manuel Camps i Surroca (6)
1992 Josep Tomàs i Cabot (6)
1992 Simeó Selga i Ubach (6)
1992 Josep M. Sánchez i Ripollès (6)
1992 Francesc Jané i Carrencà (5)
1992 Cosme Gay i Escoda (2)
1992 August Moragas i Redecilla (1)
1992 Josep Costa i López (1)
1993 Manuel Ribas i Mundó (2)
1993 Manuel Galofré i Folch (3)
1993 Antoni Gallardo i Ballart
1993 Ramon Segura i Cardona (1)
1994 Miquel Ingelmo i Morin (2)
1994 Adolf Pou i Serradell (2)
1994 Joan Rodés i Teixidor (2)
1994 Manuel García-Valdecasas i Salgado (3)
1994 Josep Temprano i Acedo (3)
1994 Carles E. Torner i Baduell (3)
1994 Oriol Casassas i Simó (4)
1994 Xavier Forn i Dalmau (5)
1994 Pau Salvà i Lacombe (5)
1994 Emili Huguet i Ràmia (6)
1994 Pere Vallribera i Puig (6)
1994 Josep Adserà i Martorell (6)
1994 Manuel Camps i Clemente (6)
1994 Josep L. Domingo i Roig (1)
1994 Ferran García-Bragado i Dalmau (2)
1994 Lluís Guerrero i Sala (6)
1994 Pere Pardo i Peret (2)
1994 Pompeu Pascual i Busquets (2)
1994 Manuel Ballester i Boix (4)
1996 Carles Besses i Rabel (2)
1996 Santiago Dexeus i Trias de Bes (3)
1996 Ernest Mallar i Desplats (3)
1996 Romà Massot i Punyet (2)
1996 Marc Mayer i Oliver, electe (4)
1996 Josep Ramon Navarro i Carballo (6)
1996 Antonio Olivella i Casals (3)
1996 Eduard Padrós i Fradera (3)
1996 Pau Umbert i Millet (2)
1998 Josep A. Bombí Latorre, electe (1)
1998 Josep Carreras i Barnés, electe (1)
1998 Agustí Codina i Puiggrós, electe (2)
1998 Celestino Rey-Joly i Barroso, electe (2)
1998 Carles Hervàs i Puyal, electe (3)
1998 Josep M. Ustrell i Torrent, electe (3)
1998 Lluís Ferrer i Caubet, electe (4)
1998 Antoni Concellón i Martínez, electe (4)
1998 Joan M. Llobet i Mallafré, electe (5)
1998 Jaume Bech i Borràs, electe (5)
1998 José M. López Gómez, electe (6)
1998 Francesc X. Buqueras i Bach, electe (6)

ACADÈMICS CORRESPONENTS ESTRANGERS

1943 Hans Schmidt (Suissa)
1946 Walter Freeman (USA)
1946 Marc Iselin (França)
1948 Peter Maxwell F. Bishop (UK)
1948 Francisco Cortabarría (Uruguay)
1948 Fernando Milanés (Cuba)
1948 Alberto Oteiza (Cuba)
1948 Rafael Pineda (Argentina)
1948 Eugenio A. Travella (Argentina)
1948 Ludo van Bogaert (Bèlgica)
1949 Guy Laroche (França)
1949 Pablo Negroni (Argentina)
1950 Luis Surraco (Uruguay)
1951 Pablo Borrás (Argentina)
1952 Pierre Mollaret (França)
1952 Jorge A. Taiana (Argentina)
1953 Robert E. Hemphill (UK)
1953 Juan Nasio (Argentina)
1954 Etienne Bernard (França)
1954 Ricardo Ercole (Argentina)
1954 Fernando Herrera Ramos (Uruguay)
1954 André Meyer (França)
1954 Attilio Omodei Zorini (Itàlia)
1954 Eurico Pais (Portugal)
1957 Mac Donald Crichley (UK)
1957 Kuhn Mounier (França)
1958 A. Figueiredo Baena (Brasil)
1958 Alberto F. García (Argentina)
1958 René Schubert (Alemanya)
1960 Philippe Daumet (França)
1964 Luigi Piantoni (Itàlia)
1965 Jan Brod (República Txeca)
1972 Albert Oehling (Alemanya)
1972 Joseph Radermecker (Bèlgica)
1972 Víctor Soriano (Uruguay)
1973 Arturo Achard (Uruguay)
1973 Roberto Caldeyro Barcia (Uruguay)
1973 Dietrich W. Comberg (Alemanya)
1973 Salvatore Donati (Itàlia)

1974 Jorge-Ricardo Salazar (Argentina)
1977 John Brunedel (UK)
1977 Carlos Heredia García (R. Dominicana)
1979 Aldo Enrique Imbriano (Argentina)
1981 Monique Sage (França)
1983 Pedro Simón Rahal (Xile)
1983 Francis Tayeau (França)
1983 Alberto Emilio Fontana (Argentina)
1983 José Daniel Luis Minoprio (Argentina)
1983 Giovanni Pende (Itàlia)
1984 Javier Arias Stela (Perú)
1985 Jacques Reynier (França)
1986 J. Stewart Cameron (UK)
1986 Jacques Dubarry (França)
1987 M. Carmelo Martínez (Mèxic)
1988 Dominique Droz (França)
1988 Kay Clauson (USA)
1988 Horacio Rodríguez Castells (Argentina)
1989 Jean Berger (França)
1989 Herman E. Berrios (UK)
1980 Diego De Caro (Itàlia)
1990 Albert Esconville (Bèlgica)
1991 Víctor Espinosa de los Reyes Sánchez (Mèxic)
1991 Francisco Durazo Quiroz (Mèxic)
1991 Antonio Fraga Mouret (Mèxic)
1991 Manuel Velázquez Juárez (Mèxic)
1991 Filippo M. Ferro (Itàlia)
1991 Marie Claire Gluber (França)
1992 Alfredo D. Bonsignore (Itàlia)
1992 Sergio B. Curri (Itàlia)
1992 Liberto J. Di Dio (USA)
1992 Adolfo Martínez Palomo (Mèxic)
1993 Ian A.D. Bouchier (UK)
1993 Paul Fleury (França)
1993 José M. García de Valdecasas Rath (Mèxic)
1993 Emilio Barragán Hernández (Mèxic)
1993 Ricardo P. Cabral (Portugal)
1994 Hugo Arechiga Urtuzuastegui (Mèxic)
1994 Carlos Campillo Serrano (Mèxic)
1994 Pelayo Vilar Puig (Mèxic)
1995 Anthony S. Fauci (USA)
1997 Francisco Giral González (Mèxic)

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Membres Honorifics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
Bristol Myers S.A.
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris Astra
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacéutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Laboratoris Fardi S.A
Sanofi Winthrop S.A.